Nr. 27. 6. lipca 1924. Rok III.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Jan ZAORSKI, st. asystent kliniki. Warszawa.

Próba ustalenia warunków powstawania wrzodu okrągłego żołądka*).

(Z II-giej Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Warszawskiego. Dyrektor: Prof. Dr. Z. Radliński.)

Każda praca, ogłaszana w sprawie leczenia wrzodów żołądka, zaczyna się stwierdzeniem, że do czasu, dokąd nie zdołamy wykryć warunków, wśród jakich powstaje wrzód okrągły żołądka, wszystkie usiłowania lecznicze, stosowane w powyższem cierpieniu, będą dobierane po omacku. Wobec powyższego należy usprawiedliwić każdą próbę, podjętą w celu wyjaśnienia tych nieznanych warunków.

Klinika chirurgiczna, obejmująca coraz częściej leczenie wrzodów żołądka, rozporządza w tym kierunku całym szeregiem rozmaitych zabiegów krwawych. Dzielą się one na grupę zachowawczą, której przedstawicielem jest zespolenie żołądkowo-jelitowe Wölfflera i grupę więcej czynną, polegającą na wycięciu owrzodziałej części żołądka, którą pierwszy wykonał Rydygier. Wymienione na pierwszem miejscu sposoby dążą do korzystnej zmiany warunków, w celu wygojenia istniejącego wrzodu, drugie atakują sam wrzód, usuwając go z ustroju. Szczególnie ta druga grupa przy bliższem spostrzeganiu daje nam wskazówki co do ważności pewnych okolic żołądka w powstawaniu i leczeniu wrzodów. Zanim zastanowimy się nad powyższemi wynikami, należy przejrzeć inne usiłowania, dążące w wymienionym na wstępie kierunku.

Mamy tu na myśli w pierwszym rzędzie szereg bogatych doświadczeń, poczynionych w celu sztucznego wywołania wrzodu okrągłego żołądka u zwierząt w pracowniach. Cały szereg badaczów starał się tego dokonać w myśl własnych rozmyślań, budując nowe teorje i rzucając przypuszczenia. Sądzono więc najpierw, że przyczyną powstawania i niegojenia się wrzodów jest sama zwiększona kwasota soku żołądkowego, która tak często towarzyszy powyższym schorzeniom. Doświadczenia Virchowa, dokonane w tym kierunku, wykazały, że rzeczywiście może nastąpić samostrawienie błony śluzowej żołądka przez sok żołądkowy, w pewnych warunkach chorobowych, ale nie powstaje wtedy wrzód okrągły. Dalsze dociekania Cohnheima, Payra, Grossiego, Barona, Luni'ego dopatrywały się tła dla ewentualnych wrzodów w upośledzeniu krążenia krwi w ścianach żołądka. Rzeczywiście nieraz udało się drogą zaczopowania pewnych naczyń wywołać miejscowe owrzodzenie, które jednak niczem nie przypominało przewlekłego wrzodu okrągłego żołądka. Niektórzy posądzali skurcze mięśni ścian żołądka o upośledzenie krążenia, na którem to tle rozwijać się miały wrzody (Bergman, Talma, Klebs). Zaprzeczył jednak temu Cohnheim, który dowiódł, że takie skurcze, powodujące upośledzenie krążenia w naczyniach, musiałyby trwać bardzo długo, a przecież spostrzegane powyżej są zjawiskami chwilowemi, jak np. te, które spostrzegał Jurasz na chorej, pogrążonej w niegłębokiem uśpieniu. Edward Zieliński uważa, że stałe opadnięcie okrężnicy może swem ustawicznem obciąganiem doprowadzić do upośledzonego krążenia w naczyniach żołądka i w następstwie wywołać wrzód. Claude Bernard, Roux i Riva uważają, że śluz i nabłonek chronią błonę śluzową przed niszczącą działalnością soku; w chwili więc, kiedy ich ilość lub jakość zawodzi, powstaje wrzód. Danielewski znalazł w komórkach błony śluzowej antipepsynę; Katzenstein i Kawamura stanęli na stanowisku, że brak jej może pociągnąć za sobą powstawanie wrzodu. Ponieważ powyższe doświadczenia wykazały specjalną odporność błony śluzowej przeciw sokowi żołądkowemu, chciano sprawdzić, czy tak samo odporne są i inne tkanki (Hunter). Tu doświadczenia Claude Bernarda, Matthesa wykazały że sok żołądkowy działa tylko na ściętą, zatem nieżywą białkową protoplazmę tkanek, kiedy przeciwnie żywe tkanki zachowują się wobec niego odpornie. Friedman tłumaczy powstawanie wrzodów upośledzoną czynnością gruczołów wkrewnych. Stuber podejrzewał trypsynę o wywoływanie wrzodów; Rost sądzi, że ona to powoduje wrzody trawienne jelita po zespoleniach żołądkowo-jelitowych. W 1900 r. Gluziński ogłosił pracę, wskazującą drobne owrzodzenia błony śluzowej, zdarzające się u każdego człowieka, jako tło ewentualnych wrzodów. Tę samą teorję głosi Aschoff, który w ten sposób chce tłumaczyć wszystkie wrzody, powstające na krzywiźnie małej, czyli tej części żołądka, gdzie napięte i nieruchome (Waldeyer) fałdy błony śluzowej są gorzej odżywione (Hofman, Nather) i stale oblewane przez wpadającą z wpustu papkę pokarmową. Poglądy te jednak, jakkolwiek wskazują pewien czynnik, odgrywający tu bezwątpienia swą rolę, jednak nie tłumaczą, dlaczego nie powstają wrzody okrągłe na tle każdego powstałego zranienia. Już w roku 1828 Cammerer dokonywał badań żołądka po przecięciu nerwów błędnych. Od tego czasu wykonano w tym kierunku cały szereg doświadczeń. Przecinano nerwy błędne jednostronnie, lub dwustronnie (Krehl, Nieden, Mangold), wycinano zwoje współczulne (Crundefinger, Littauer Clee, Kaczkowski), niszczono wzgórek wzrokowy, szypułki mózgowe, przecinano rdzeń przedłużony lub kręgowy. Drażniono zakończenia przeciętych nerwów, mrożąc i ogrzewając je (Sherrington), wstrzykując pilokarpinę (Nikolaysen); wszystkie te jednak doświadczenia nie potrafiły zadowolić badaczy. Anglicy opisali surowicę Boltona, która wprowadzona do ścian żołądka zwierząt doświadczalnych, miała powodować wrzody bez powstawania zatorów żylnych; Kirchmayer spostrzegał owrzodzenia dwunastnicy po rozległem oparzeniu pleców; te same schorzenia otrzymywał Gunderman, podwiązując żyłę wrotną; twierdzi on, że powyższe przypadki powstają na tle rozpadłych komórek wątrobowych, przenoszonych do ścian żołądka drogą krwi. Teorja zakaźna wywołała swego czasu duże zainteresowanie (Dieulafoy, Letulle, Videl, Keslay, Enziguer, Hation). Keller opisuje wrzody na tle gruźliczem, u nas podobny wrzód pierwsi opisali J. Zawadzki i J. Luxemburg. W nowszych czasach przedstawicielami tego poglądu są: Mathieu, Sencert, Tuffier. Moynihan, znajdując te same drobnoustroje równocześnie we wrzodzie żołądka i zmienionym chorobowo wyrostku robaczkowym, sądzi, że schorzenia te pozostają we wzajemnym stosunku przyczynowym. Ivy A. C. wyraża zdanie, że działalność drobnoustrojów, wywołujących wrzód przewlekły żołądka, może się rozwinąć dopiero wtedy, kiedy zostanie zmniejszoną odporność ściany żołądka i wystąpi brak kwasu solnego. Hornowski posądza zabłąkane w żołądku wysepki nabłonka jelitowego o tło dla powstawania wrzodu. Czernecki podnosi dziedziczność, która łączy się z teorją wrodzonej konstytucji.

Wprawdzie bezkrytyczne przenoszenie dodatnich wyników ze zwierząt na ludzi jest niedopuszczalne, to jednak nieudanie się powyższych doświadczeń świadczy dobitnie, że u zwierząt doświadczalnych nie potrafimy wywołać równocześnie wszystkich warunków, jakie są konieczne dla powstawania wrzodu okrągłego żołądka, spostrzeganego u człowieka. Prace teoretyczne nad unerwieniem żołądka nie pozostały, mimo ujemne wyniki dotychczasowe, bez rezultatu. Jak wiemy z dokonywanych doświadczeń, wpływ układu nerwowego autonomicznego ogranicza się do roli kierowniczej i pośredniczącej, jaką wywiera on na czynności ustroju wogóle, zresztą

*) Według przemówienia wygłoszonego w Warszawskiem Tow. lekarskiem dnia 4. III. 1924 r.

żołądek rządzi się sam pod wpływem własnego układu nerwowego, którego niektóre ogniwa znamy pod nazwą splotów Auerbacha, Meisnera,Remacka, Openchowskiego.

Nie znajdując w powyższem odpowiedzi do rozwiązania naszego zadania, sięgnęliśmy do fizjologji żołądka i wyników, jakie w badaniu jego patologji zdobyto dotychczas. Na czoło tych badaczy, którzy najwięcej rozszerzyli nasz pogląd na tę sprawę, wysunęła się bezwątpienia obok szkoły Pawłowa — szkoła Popielskiego. Pewne różnice, dzielące tych dwóch uczonych i ich uczniów, nie zacierają nam obrazu jaki zdołali oni skonstruować na podstawie całego szeregu doświadczeń i prac. Ich badania przedstawiają nam działalność żołądka mniejwięcej następująco: W stanie spoczynku żołądek pozostaje bez ruchu, ściana jego przednia leży na tylnej, dotykając się fałdami błony śluzowej, krzywizna mała zwraca się lekko ku kręgosłupowi, duża — ku powłokom brzusznym. Wewnątrz ścian znajdujemy zwykle nikłą ilość obojętnego soku żołądkowego, czasem koło wpustu mały balon powietrzny. Z chwilą rozpoczęcia jedzenia, a więc zetknięcią się pokarmu z jamą ustną, występuje równolegle i równocześnie przygotowawcza czynność żołądka, zależna od jakości i ilości pokarmu. Połknięte w małych ilościach płyny obojętne przepływają przez żołądek szybko, trzymając się krzywizny małej, gdzie ułożone równolegle fałdy błony śluzowej tworzą dla nich jakby przygotowane koryto. Aschoff twierdzi, że nietylko płyny, ale i inne twarde pokarmy przebywają żołądek wzdłuż tej drogi. Tem drażniącem działaniem papki chce Aschoff tłumaczyć powstawanie owrzodzeń tej okolicy żołądka. Dalsze badania, oparte na zdjęciach kinematograficznych promieniami X, zaprzeczyły częściowo teorji Aschoffa. Płyny gorące, zimne lub połknięte w większej ilości, pozostają przez pewien czas w żołądku. Pierwsze i drugie w celu wyrównania własnej ciepłoty z ciepłotą wnętrza żołądka (Müller), drugie z powodów mechanicznych. Zjawisko to występuje wskutek skurczu odźwiernika, jako odpowiedzi na podrażnienie ze strony wymienionych płynów. Inaczej rzecz się przedstawia, kiedy spożywamy pokarmy zbite, więcej twarde. W ustach pokarmy te ulec muszą rozkawałkowaniu przez zęby. Badania Pawłowa, Szumowej-Simanowskiej, następnie szkoły Popielskiego odkryły, że pod wpływem odruchów psychicznych, jak chcą pierwsi, lub pod wpływem pokarmów, budzących odruchy w jamie ustnej, jak twierdzi Popielski, zaczyna się w żołądku wydzielać sok, zwany pierwotnym przez Popielskiego, psychicznym — przez Pawłowa. Do tak przygotowanego żołądka wpada twarda miazga pokarmowa, przesycona częściowo śliną. W tej chwili rozpoczyna się podwójna rola pierwotnego soku żołądkowego. Według spostrzeżeń, poczynionych promieniami X przez Oratora, w pustym żołądku pokarmy twarde obsuwają się wzdłuż krzywizny małej. Dopiero po dojściu ich do odźwiernika żołądek rozszerza się, ściany jego wiotczeją i papka opada na dno; następne kęsy nie idą już poprzednią drogą, lecz obsuwają się odrazu ku środkowej części żołądka. Pokarmy stałe pozostają w żołądku dosyć długo. Sok żołądkowy pierwotny, czekający na wpadającą przez wpust papkę, rozpoczyna wobec niej natychmiast swe trawiące działanie; z drugiej strony sok ten, działając na papkę w części przyodźwiernikowej, drażni tkwiące tu zakończenia nerwów czuciowych. Pod wpływem tych podniet budzą się ruchy robaczkowe żołądka i jednocześnie ożywa działalność gruczołów dna, które zaczynają wydzielać wtórny sok żołądkowy. Pokarmy strawniejsze i miękkie opuszczają żołądek szybciej, mniej strawne i twarde zostają w żołądku dłużej. Cohnheim i Aschoff uważają dno żołądka za przestrzeń przygotowawczą, w której odbywa się przepajanie papki pokarmowej sokiem żołądkowym i częściowe trawienie; Francuzi uważają dno żołądka jedynie za zbiornik zapasowy. Według jednych i drugich właściwym motorem żołądka, odbierającym i wysyłającym podniety dla całego narządu, jest część przyodźwiernikowa. Bickel sądzi, że w części przyodźwiernikowej tkwi centrum, regulujące wydzielanie. Jeżeli to centrum usuniemy, wydzielanie będzie się odbywać nieprzerwanie. Doświadczenia szkoły Pawłowa potwierdziły zdanie Cohnheima. Ażeby się o tem przekonać, Zielonyj i Sawicz kokainizowali całą błonę śluzową części przyodźwiernikowej, w następstwie czego nie otrzymywali wydzielania gruczołów dna żołądka. Na podstawie dalszych spostrzeżeń wyrażono przypuszczenie, że pewne części pokarmów, zawarte naprzykład w białku, po dostaniu się do części przyodźwiernikowej, mogą dawać stąd podniety dla czynności gruczołów dna. I rzeczywiście Koskowskiemu i Tomaszewskiemu udało się wykazać, że w wyciągu Liebiga znajduje się ciało, które drażni wymienione wyżej zakończenia czuciowe części przyodźwiernikowej, wywołując wydzielanie soku żołądkowego. Okazało się następnie w dalszych doświadczeniach, że nietylko ciało z wyciągu Liebiga ma to działanie. Na omawiane zakończenia w części przyodźwiernikowej działa podobnie 1%-owy kwas octowy, masłowy, mlekowy, 5%-owy rozczyn soli kuchenej. Przeciwnie do tych ciał działa alkohol, który wywołuje podrażnienie dla wydzielania soku żołądkowego za pośrednictwem układu ośrodkowego. Według doświadczeń Cohnheima, Marchanda, gruczoły wydzieluicze żołądka pozostają też pod wpływem odruchów ze strony dwunastnicy i jelit cienkich. Ilość i jakość soku żołądkowego zależy od rodzajów połykanych potraw (Pawłow, Biernacki). Także wyższa ciepłota pokarmów zwiększa wydzielanie soku (Salle).

Zebrawszy powyższe doświadczenia, dochodzimy do twierdzeń, wymienionych przez szkołę Popielskiego: pod wpływem bodźców z jamy ustnej wydziela się pierwotny sok żołądkowy. Ten pierwotny sok staje się bodźcem, działającym z błony śluzowej w części przyodźwiernikowej na wydzielanie w drodze odruchowej t. zw. wtórnego soku żołądkowego.

Co do czynności ruchowej żołądka, to według Kaczkowskiego, pod wpływem wzmożonego kwasu solnego, zawartego w soku żołądkowym, dochodzi do wzmożonej działalności wydzielniczej i ruchowej dna, gdy przeciwnie część przyodźwiernikowa zostaje przez powyższy wpływ w swych czynnościach hamowana. Z chwilą dojścia do nadmiernej kwasoty, może wystąpić porażenie i zatrzymanie zupełne czynności części przyodźwiernikowej.

Częściowo strawiona, przepojona kwasem solnym, zostaje papka pokarmowa przesunięta ruchem robaczkowym żołądka do części przyodźwiernikowej, tuż przed zamknięty odźwiernik. Według spostrzeżeń Holzknechta, w żołądku czczym odźwiernik pozostaje otwarty, z chwilą jednak rozpoczęcia czynności odżywiania, odźwiernik zamyka się. Na czynność odźwiernika działają podniety natury fizycznej, mechanicznej i chemicznej (Tufier, Roux i Berger). Skurcz zwieracza może również wystąpić z powodu podniet z jelit cienkich. Według Küttnera, odźwiernik może pozostawać otwartym także wtedy, jeżeli w żołądku zachodzi brak kwasu solnego, następnie przy braku odruchów ze strony schorzałej dwunastnicy (wrzód dwunastnicy, żółtaczka nieżytowa, schorzenia woreczka żółciowego), wreszcie w razie nacieków rakowych, obejmujących cały odźwiernik (Hürter). Kwaśny odczyn gromadzącej się przed odźwiernikiem miazgi powoduje jego otwarcie, z chwilą jednak, kiedy kwaśny kęs, przeszedłszy odźwiernik, zetknie się z błoną śluzową dwunastnicy, natychmiast powstaje (Pawłow) ze strony dwunastnicy odruch, który zamyka odźwiernik. Równocześnie z zamknięciem odźwiernika ustają skurcze żołądka (Hirsch, Ledynkow). Z chwilą zobojętnienia przepchniętej do dwunastnicy kwaśnej treści ustaje podnieta ze strony dwunastnicy, zamykająca odźwiernik, który może być wobec tego na nowo otwarty. Ta współpraca odruchów z żołądka i dwunastnicy pozwala na miarowe otwieranie i zamykanie odźwiernika, co za sobą pociąga równomierne i uregulowane przechodzenie papki pokarmowej z żołądka do dwunastnicy. Ma Cluze, Reunolz i Schwartz utrzymują, że oprócz tych podniet, regulujących czynności odźwiernika, posiada on własne swe sploty nerwowe, które pozwalają mu na wielką samodzielność.

Zatrzymaliśmy się dłużej nad tą sprawą, by podkreślić, jak ważną i jedynie czynną rolę w żołądku odgrywa odźwiernik i część przyodźwiernikowa. Zrozumiemy teraz, że stany chorobowe, powstałe w tej części żołądka, atakujące jedną lub więcej tkanek w tej okolicy, mogą spowodować szereg

niedokładności, lub nawet zanik ruchowej lub wydzielniczej czynności żołądka.

Przejrzawszy powyższe dane teoretyczne, zwróćmy uwagę na stany chorobowe, które znamy na podstawie spostrzeżeń anatomopatologicznych, jako towarzyszące wrzodom żołądka. Oddawna już spostrzeżono, że w pewnych schorzeniach żołądka powstaje zapalenie przewlekłe jego błony śluzowej. Zapalenie to ogranicza się, a przynajmniej najwydatniej uzewnętrznia w odźwierniku i części przyodźwiernikowej. Jaworski spostrzegał powyższe schorzenie błony śluzowej w nieżycie kwaśnym żołądka. Gluziński twierdzi, że w przypadkach, w których, obok nadżerek, znajdywał najdalej posunięte i typowe owrzodzenia, stwierdzał zawsze, że błona śluzowa żołądka przedstawiała obraz »*état mammelonè*«. Dąbrowska uważa przewlekłe zapalenie błony śluzowej jako najstalszy objaw, znajdywany we wrzodzie żołądka i dwunastnicy. Heyrowsky znajduje to schorzenie w 51.5% wrzodów żołądka, w 42.9% wrzodów dwunastnicy. W roku zeszłym Konjetzny i Kalima znaleźli wymienione schorzenie we wszystkich przypadkach (100%) wrzodów żołądka. Te wyniki anatomopatologiczne, ogłaszane w różnych czasach i przez rozmaitych autorów, świadczą, że nie jest to zjawisko przypadkowe, przeciwnie, zdają się potwierdzać, że zachodzi tu ścisły związek przyczynowy. Cały szereg klinicystów potwierdza współistnienie omawianych schorzeń.

Jeżeli krytycznie rozpatrzymy te schorzenia na tle naszkicowanych powyżej stosunków normalnych żołądka, dojdziemy do następujących wniosków:

Mogą w życiu stroju ludzkiego zajść przypadki, w których normalnie odbywające się trawienie ulega niedokładnościom. Pod wpływem pewnych warunków chorobowych (próchnica zębów, olbrzymia ilość drobnoustrojów z powodu niechlujnego utrzymywania jamy ustnej, schorzenie migdałków, nikotyna, usposobienie nerwowe) mogą powstawać bardzo często odruchy dla powstawania pierwotnego soku żołądkowego, co oczywiście odbija się natychmiast na czynności gruczołów dna, których działalność rośnie wprost proporcjonalnie do podniet, wywołanych przez tenże sok; łykanie zbyt gorących, lub zimnych pokarmów, zbyt korzennych lub alkoholowych, złe rozkawałkowywanie twardego pożywienia w ustach, wskutek czego zbyt wielkie kęsy dostają się do żołądka, są to wszystko czynniki, które wzmagają chorobliwie wydzielniczość gruczołów żołądka. Stąd dochodzi do ostrych kwaśnych nieżytów. Jaworski w swym podręczniku mówi: »Przeważnie nieżyt kwaśny zdarza się w wieku średnim, wskutek dłuższego używania niestosownych mieszanych pokarmów, korzennych i ostrych potraw, nadzwyczaj często w pierwszych latach nadużywania wódki. Przypuszczalnie powstaje on po powtarzających się nieżytach ostrych żołądka, jakoteż wskutek dłuższego trwania sokotoku przez ciągłe działanie silnie trawiącej treści żołądka. Podczas nieżytu kwaśnego błona żołądka jest szaro zabarwiona, pokryta mierną ilością szarawo żółtawego śluzu, w całości zgrubiała, przedstawia obraz *état mammelonè* z powodu przerostu tkanki łącznej międzygruczołowej, wypełnionej licznemi komórkami wypocinowemi; gruczoły trawienne wydłużone, komórki główne obrzękłe i częściowo ziarnisto zmienione, błona podśluzowa i mięsna również zgrubiała z powodu wytwarzania się tkanki ziarninującej«. Jak zatem stwierdzamy, wszystkie poglądy anatomopatologiczne, doświadczalne i kliniczne zgadzają się, że w olbrzymiej większości przypadków wrzodów żołądka towarzyszy im przewlekłe nieżytowe zapalenie błony śluzowej, dotyczące przedewszystkiem części przyodźwiernikowej. Dalsze badania anatomopatologiczne wykazują, że wszystkie tkanki, wchodzące w skład tej części żołądka, ulegają daleko w głąb sięgającym zmianom chorobowym. Jak wiemy z badań Dąbrowskiej, »podczas zapalenia przewlekłego błony śluzowej powstają nacieki około naczyń i nerwów, lub niezależnie od nich, w późniejszych okresach rozrost tkanki łącznej naokoło naczyń i nerwów, jakoteż wrastanie jej wewnątrz samych nerwów daje się bardzo często spostrzegać«. Dotyczy to zarówno błony śluzowej, jak i zwojów i zakończeń nerwowych.

Nic dziwnego, że pod wpływem tych zmian chorobowych, zachodzących w części najważniejszej żołądka, odporność całego tego narządu zostaje osłabiona. W tym okresie chorobowym utrzymywana z trudem równowaga tkanek może uledz zaburzeniu wskutek urazu mechanicznego, powstającego tak często w żołądku. Na powstałe w tym czasie skaleczenie działa trawiąco podwyższona kwasota żołądka, towarzysząca zapaleniu błony śluzowej, spotęgowana wskutek zranienia (Popielski). Działalność ta doprowadza z czasem, nawet bardzo szybko, do zniszczeń warstw żołądka, jakie obserwujemy w charakterystycznym wyglądzie wrzodu okrągłego. Zachodzi teraz pytanie, na które co do odpowiedzi toczy się jeszcze spór, co występuje w żołądku pierwotnie: czy zapalenie przewlekłe błony śluzowej, czy wrzód. Tu należy w pierwszym rzędzie powołać się na przytoczone powyżej zdanie Jaworskiego, który w braku wrzodu, bo w kwaśnym nieżycie, spostrzegał przewlekłe zapalenie błony śluzowej, podobne do tego, jakie towarzyszy zwykle wrzodom. Następnie Nauwerck opisuje przypadek kilku wrzodów żołądka, rozwiniętych w różnych stadjach, które powstały na tle dawnej sprawy zapalnej, toczącej się w błonie śluzowej żołądka. W ostatnich czasach Madlener, opisując trzy przypadki wrzodów, leżących daleko od odźwiernika, stwierdza, że towarzyszyło im zapalenie błony śluzowej żołądka w części przyodźwiernikowej.

Opierając się więc na powyższych danych teoretycznych i klinicznych, dochodzimy do ostatecznych wniosków. Pod wpływem często powtarzających się nieżytów kwaśnych żołądka, powstaje przewlekłe zapalenie błony śluzowej, szczególnie części przyodźwiernikowej. Schorzenie to powoduje daleko sięgające zmiany we wszystkich tkankach, wchodzących w skład ściany żołądka tej okolicy. Zwoje nerwowe własne żołądka, jako samodzielne, odpowiedzialne za prawidłową czynność unerwianych przez nie ścian, zmienione chorobowo, nie mogą dać im normalnych podniet życiowych i tej ochrony, jaką im zapewniają w stanie własnym nieuszkodzonym. Stąd każde przypadkowe zranienie błony śluzowej, tak często występujące u ludzi, jeżeli powstaje w tym krytycznym okresie, podnosząc samo przez się zwiększoną kwasotę i ilość soku żołądkowego, nie potrafi przeciwstawić się trawiącej sile tegoż soku i nie mogąc się goić (Riegel), daje wrzód, który, stając się coraz głębszym, przybiera swój charakterystyczny kształt. i może w stanach ciężkich doprowadzić do przedziurawień.

Przyjmując jako podstawę schorzenia powyższego zapalenie błony śluzowej żołądka, wiemy, że pewne jej stopnie rozwojowe można uleczyć tak samo, jak goją się dobrze i szybko zwykłe skaleczenia błony śluzowej, o których wyżej wspomnieliśmy. Stąd mogą pochodzić dodatnie wyniki lecznicze, otrzymywane w medycynie wewnętrznej wskutek leczenia djetetycznego, a w chirurgji po założeniu zespolenia żołądkowo-jelitowego. I jedno i drugie różnemi drogami dąży do zniesienia, przynajmniej czasowego, zwiększonej kwasoty, nie pozwalającej na szybkie zagojenie się powstałego zranienienia. W okresach późniejszych, starszych, przewlekłego zapalenia błony śluzowej te środki zachowawcze zawodzą; tu należy wystąpić energiczniej i usunąć radykalnie przyczynę zmienionych warunków wydzielniczych i ruchowych żołądka. Ten wynik daje jedynie wycięcie odźwiernika wraz z częścią przyodźwiernikową. Nie chodzi tu zupełnie o ilościowe zmniejszenie ściany, jak chce Finsterer, ale o usunięcie zakończeń nerwowych zmienionych chorobowo i prowadzących do opisanych wyżej zaburzeń. Zdajemy sobie z tego sprawę, że z chwilą wycięcia tej okolicy żołądka, narząd ten pozbawiony swego motoru, przestaje pełnić swą funkcję chemiczną i pozostaje mu tylko czynność zbiornika, w którym chwilowo zatrzymują się pokarmy przed dostaniem się do dalszej części przewodu pokarmowego. Zmieniając jednak w ten sposób jego czynność, umożliwiamy wygojenie się wrzodów istniejących i zapobiegamy powstawaniu nowych. Czynność zaś chemiczną wydzieliny gruczołów żołądka obejmują dalsze zaczyny i wydzieliny jelitowe. Wyniki operacyjne popierają *ex post* teorję zbudowaną na tle doświadczeń pracownianych i prawd fizjologicznych. Sposoby krwawe, usuwające odźwiernik i część przyodźwiernikową, mają dotychczas najlepszą statystykę wyleczeń nawet wtedy, kiedy owrzodzenie nie

znajduje się w tej okolicy żołądka, ale usadowione jest daleko od odźwiernika (Madlener).

Stoimy na stanowisku klinicystów Bergmana, Glużińskiego i Rösslego, że wrzód jest chorobą »drugą« i »wtórną«. Kiedy oni jednak nie znali i nie wymieniali choroby pierwotnej, naszem zdaniem, między innemi przyczynami, wyżej wymienionemi, możemy ją wskazać, uosobnioną w przewlekłem zapaleniu błony śluzowej wraz ze zmianami, jakie ono pociąga za sobą, szczególnie w tkankach nerwowych, znajdujących się w okolicy odźwiernikowej i przyodźwiernikowej żołądka. Gdyby nawet teorja nerwowa miała ustąpić miejsca hypotezie hormonowej, podniesionej przez Edkinsa (Journal of physiology 1906), to stanowisko nasze zyskałoby dalsze w niej poparcie. Edkins bowiem twierdzi, że czynność wydzielnicza gruczołów żołądka powstaje pod wpływem hormonu, gastryny, zawartego w błonie śluzowej części przyodźwiernikowej. Stanowisko to podtrzymuje Maydell, który zastrzega się, że dalsze badania dopiero mogą wykazać, na jakiej drodze gastryna działa na gruczoły żołądka, czy wprost na nie, czy za pośrednictwem zakończeń nerwowych; w każdym razie Maydell wyklucza tu wpływ nerwów błędnych.

Kto zatem chce leczyć celowo chorobę wtórną, musi przedewszystkiem zadziałać na schorzenie podstawowe, które leży w zakresie medycyny wewnętrznej. Do czasu jednak, dopóki medycyna wewnętrzna nie potrafi uleczyć daleko posuniętego, przewlekłego zapalenia błony śluzowej żołądka, a więc i schorzałych zakończeń nerwowych, objętych temi zmianami, do tego czasu chirurgja musi okazywać swą pomoc i radykalnie usuwać przyczynę powstawania i niegojenia się wrzodów żołądka wraz z jej siedzibą — częścią przyodźwiernikową.

Dr. W. ŚWIERZ, asyst. klin. Kraków.

Przyczynek do kazuistyki ropni mózgu pochodzenia usznego.

Z Kliniki chorób uszu U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Fr. Nowotny.

Ropnie mózgu, płatu skroniowego rozwijają się najczęściej jako następstwo ropnego zapalenia ucha środkowego. Körner na podstawie swej statystyki dochodzi do wniosku, że jedna trzecia część ropni mózgu wogóle jest pochodzenia usznego, z tych zaś według zestawień Grunerta 91% ropni rozwija się wskutek chronicznego ropienia ucha, zaś 9% po ostrem zapaleniu. Hammerschlag w 1901 roku prostuje tę statystykę, wykazując na 187 przypadków 75% ropnych spraw chronicznych 25% spraw ostrych; znane są również przypadki rozwijania się ropni bardzo późno, nawet po 44-ech latach chronicznego ropienia. Ropnie mózgu, ujawniające się w kilkanaście lat po przemijającem ropieniu, trwającem zaledwie kilka miesięcy i prowadzące do zejścia śmiertelnego w ciągu kilku niemal dni, należą do rzadkości.

W dostępnem mi piśmiennictwie na wzmiankę zasługuje przypadek ogłoszony przez M. Maiera, w którym przy niezmienionej błonie bębenkowej, prawidłowym wyrostku sutkowym i bez zmian w antrum oraz na oponie twardej, przyszło do wytworzenia się ropnia mózgu po dawno wyleczonem zapaleniu ucha. Przypadek przez nas spostrzegany nasuwa nam pewne podobieństwo odnośnie do późnego powstania po ropieniu ucha i odnośnie do stanu anatomo-patologicznego kości skalistej i wyrostka sutkowego.

S. K., górnik, 27 letni, przyjęty dnia 27. IX. 1922 na Oddział VI Szpitala św. Łazarza.

Wywiady: 27. IX. 1922. Chory w szóstym roku życia miał przebyć płonicę, po której podobno wystąpiło ropne zapalenie ucha środkowego lewego, trwające przez całą zimę. Po wyleczeniu pojawiło się ropienie ucha ponownie w roku 1913 i utrzymywało się przez 1½ miesiąca. Od tego czasu chory nie miał żadnych dolegliwości ze strony ucha ani też żadnych innych chorób nie przebywał.

Obecna choroba rozpoczęła się przed 10 dniami silnemi bólami głowy w okolicy ucha lewego, wysoką gorączką i zawrotami. Wymiotów nie było. W kilka dni później zauważył chory, że nie może zamknąć oka lewego, nie może dmuchać ani gwizdać oraz zupełnie nie słyszy na ucho lewe. Chory nie ma łaknienia i nie może spać.

Stanobecny: 28. IX. 1922. Chory robi wrażenie lekko sennego, jest jednak zupełnie przytomny i zorjentowany w czasie i przestrzeni. Budowa i odżywienie dobre, skóra blada. Chory nie marszczy czoła po stronie lewej, nie może zamknąć oka lewego, lewy fałd nosowo-policzkowy wygładzony, warga górna po stronie lewej i kąt ust wyraźnie opadnięte. Źrenice równe, oddziaływują prawidłowo na światło i nastawienie. Odruch spojówkowo-rogówkowy nieco osłabiony. Czucie na twarzy po stronie lewej osłabione. Kończyny górne sprawne siła mięśniowa prawidłowa, odruchy ścięgniste i okostnowe równe, żywe. Brzuch nieco wciągnięty, odruchy brzuszne prawie zupełnie zniesione, kolanowe i achillesowe równe, żywe. Sztywność karku lekko zaznaczona, Babiński ujemny, odruch klonowy ujemny, Kernig dodatni. Tętno 60 dobrze napięte, regularne. Ciepłota prawidłowa.

Ambulatoryjne rozpoznanie kliniki otologicznej U. J. pod L. p. 1916/22: *Status post otitidem mediam sinistram, paralysis nervi facialis sinistri, paralysis nervi cochlearis et vestibularis sinistri.*

Przebieg choroby: 29. IX. 1922. Badanie dna oka przez doc. Dr. Brudzewskiego nie wykazuje żadnych zmian.

30. IX. 1922. Od 2-ch dni gorączkuje do 38° C. Zajęcie nerwu trójdzielnego czuciowego zaznacza się wybitniej, pojawia się również lekkie zajęcie nerwu trójdzielnego ruchowego (ograniczenie przy przesuwaniu szczęki w lewo), Kernig i sztywność karku wybitniejsze. Chorego przeniesiono na Klinikę otologiczną U. J. z oddziału VI z rozpoznaniem ropnia mózgu celem wykonania operacji.

W południe wymioty, wieczorem o godz. 6 chory przytomny, senny, nie może nazwać niektórych przedmiotów (klucze, nożyczki), ciepłota 39,0 C, tętno 66, miarowe, dobrze napięte. Wyraźna sztywność karku, Brudziński dodatni, Kernig dodatni. Ucho prawe bez zmian. Ucho lewe: wyrostek sutkowy wygładzony, niebolesny, nieobrzękły, brak jakiejkolwiek wydzieliny w przewodzie słuchowym zewnętrznym, przednia część błony bębenkowej zbliznowaciała, przyrosła do promontorium, w tylnej części przebicie średniej wielkości, kształtu fasoli. Wnętrze jamy bębenkowej zupełnie suche, wysłane cienką matową blado-różową błoną śluzową. Objaw przetokowy ujemny. Oczopląsu swoistego niema. Badania słuchu i błędnika nie przeprowadzono ze względu na ciężki stan chorego zwłaszcza, że badano chorego we wszystkich kierunkach ambulatoryjnie dnia 28. IX. 1922. Wykonano nakłucie lędźwiowe wykazujące wzmożone ciśnienie i mętny płyn mózgowo-rdzeniowy. Wobec ciężkiego stanu chorego przystąpiono natychmiast do zabiegu operacyjnego.

Operacja (Dr. Świerz): Po odsłonięciu wyrostka sutkowego i odsunięciu okostnej znaleziono kość twardą, sklerotyczną. Wyrostek sutkowy zawiera jamki wysłane suchą, bladą, cienką błoną śluzową zwłaszcza w dolnej części. W okolicy *antrum mastoideum* jama znaczna, niezawierająca żadnej treści nieprawidłowej, o ścianach gładkich, twardych, prowadząca przez *antrum* do jamy bębenkowej. Po zdjęciu tylnogórnej ściany przewodu słuchowego i szerokiem uprzystępnieniu jamy bębenkowej, stwierdzono brak kosteczek słuchowych. Nie stwierdzono tkanki ziarninowej lub ropienia; wnętrze wysłane cienką, bladą błoną śluzową. Następnie otwarto średnią jamę czaszkową przez wydłutowanie otworu wielkości dwukoronówki w łusce kości skroniowej, rozszerzając go ku dołowi przez usunięcie *tegmen tympani et antri.* Znaleziono oponę twardą silnie przekrwioną, zawartość czaszki tętniącą. Kilka próbnych nakłuć mózgu we wszystkich kierunkach i różnych głębokościach nie doprowadziło do wykrycia ropnia. W strzykawce zauważono jedynie małe cząstki wessanej substancji i tkanki mózgowej. Po odsłonięciu zatoki esowatej stwierdzono ścianę zewnętrzną o wyglądzie podobnym jak opona twarda średniej jamy czaszkowej, zatokę tętniącą wypełnioną płynną krwią. Po rozszerzeniu rany kostnej ku tyłowi i dołowi otwarto tylną jamę czaszkową; opona twarda wykazuje te same zmiany jak w średniej jamie czaszkowej. Kilka nakłuć strzykawką nie wykazuje wewnątrz móżdżku nic nieprawidłowego. Po podwiązaniu naczyń, założono dwa szwy skórne u góry, jamę kostną wypełniono luźnym sączkiem, do przewodu zewnętrznego wprowadzono cienki skrawek gazy. Założono opatrunek bezgnilny. Przebieg uśpienia prawidłowy.

1. X. 1922. Rano ciepłota 39,2° C, tętno miarowe, dobrze napięte, 82. Chory w nocy dobrze spał, czuje się lepiej, przytomny, odczuwa jednak silne bóle głowy. Sztywność karku wyraźniejsza. Brudziński i Kernig silniej zaznaczone. Wieczorem ciepłota 40,1° C.

2. X. 1922. Chory noc spędził niespokojnie, żaląc się na nadzwyczaj silne bóle głowy, rano ciepłota 38° C, tętno 70, nic nie je, jest przytomny, widać jednak ogólne pogorszenie, objawy oponowe potęgują się, pojawia się sztywność grzbietu. Podano trzy razy dziennie morfinę. Wieczorem ciepłota 39,8 C zamroczenie, niepokój.

3. X. 1922. W nocy chory bardzo podniecony, krzyczy, zrywa się, chce uciekać, rano zapad. Ciepłota 38° C, tętno

słabe, prawie niewyczuwalne. O godzinie 9-tej rano zejście śmiertelne.

W Zakładzie anatomji patologicznej U. J. wykonano obdukcję zwłok (asystent S. Pernak), z której przytaczam tylko szczegóły, mające bezpośredni związek z zajmującą nas tu sprawą (Prot. sek. Nr. 703).

Z tyłu poza lewą małżowiną uszną rana chirurgiczna pionowa, nieco łukowata, długości 8 cm, zaszyta szwem węzełkowym: po rozcięciu szwów widoczna jama operacyjna w kości skalistej, z której wydłutowano tylno-górną ścianę przewodu słuchowego zewnętrznego, wyrostek sutkowy, część łuski kości skroniowej i sąsiednią część pokrywki jamy bębenkowej; również wydłutowana okolica zatoki esowatej. Dno tej jamy operacyjnej stanowi w dwóch miejscach opona twarda.

Mózg powiększony, zakręty spłaszczone, rowki wygładzone, opony miękkie nastrzykane, nieco przyćmione, miejscami barwy rozcieńczonego mleka, gdzieniegdzie pod oponą pajęczą, zwłaszcza na podstawie mózgu po stronie lewej w sąsiedztwie kości skalistej, treść gęstawa, barwy żółtawej. Lewy płat skroniowy mózgu przyrosły na niewielkiej przestrzeni do opony twardej w okolicy pokrywki jamy bębenkowej; opona twarda tej okolicy daje się łatwo oddzielić od kości, jest zgrubiała i szczególniej od strony kości naciekła ropą. Kość z przodu przed okolicą nakrywki jamy bębenkowej nierówna, wyżarta i pokryta również cieczą ropną; po obu stronach górnej krawędzi kości skalistej przy nasadzie piramidy dwa otwory trepanacyjne, komunikujące z opisaną jamą operacyjną. Na rozkroju w płacie skroniowym lewym mózgu ognisko ropne wielkości jaja gołębiego, otoczone rozmiękkającą tkanką mózgową. Ropień mózgu graniczy z jednej strony z powierzchnią dolną płatu skroniowego a z drugiej strony przebija w jednem miejscu do komory bocznej lewej, która zawiera treść mętnawą. W innych częściach mózgu zmian niema. (Błędnika umyślnie nie otwarto, by go zachować do ścisłych badań histologicznych).

W przypadku powyżej podanym widzimy, że chory przebył poraz pierwszy ropienie ucha przed dwudziestu jeden laty jako następstwo płonicy. Po kilkumiesięcznem leczeniu choroba ucha ustąpiła i dopiero w dwanaście lat później przychodzi do powtórnego zapalenia. Pojawia się przemijające ropienie, trwające zaledwie półtora miesiąca. Od tego czasu t. zn. przez lat dziesięć chory nie odczuwa żadnych dolegliwości ze strony ucha; wycieku żadnego nie zauważył. Dopiero przed dziesięciu dniami zgłasza się do szpitala z powodu bólów głowy, gorączki, zawrotów, skrzywienia twarzy, oraz utraty słuchu. Wywiady, zebrane z całą dokładnością na podstawie podania chorego i jego rodziny oraz pierwsze badanie nasuwa przypuszczenia schorzenia pochodzenia usznego. Silne bóle głowy w okolicy ucha lewego, przebyte zapalenie ucha, porażenie nerwu twarzowego, w wywiadach silne zawroty głowy i nagła utrata słuchu, są to objawy powikłań cierpienia ucha. Na podstawie tego należy przyjąć z wielkim prawdopodobieństwem, że chory przebył ostatnio ostre zapalenie błędnika, które w niedługim czasie doprowadziło do jego zniszczenia, badanie bowiem ambulatoryjne wykazuje wykluczenie tak aparatu statycznego jak i słuchowego. Po stwierdzeniu stanu po przebytem zapaleniu ropnem ucha, przy wykluczonym aparacie przedsionkowym i ślimakowym, nie ulegało wątpliwości, że cierpienie obecne stoi w bezpośrednim związku z przebytem zapaleniem ropnem ucha. Jednak tak badanie neurologiczne jak i otologiczne nie upoważniało do postawienia ścisłego rozpoznania ropnia mózgu. Za nim przemawiał właściwie objaw afazji amnestycznej, występujący tak często przy ropniach lewostronnych, oraz silne bóle głowy w okolicy lewego ucha, do pewnego stopnia objaw ucisku mózgu, ujawniający się w stosunkowo niskiem tętnie, przy wysokiej ciepłocie. Przeciw przypuszczeniu pierwszemu przemawiał brak ropienia chronicznego lub niedawno przebytego, które zawsze przyjmujemy jako punkt wyjścia powikłań wnętrza jamy czaszkowej, porażenie nerwu twarzowego bez schorzenia czynnego ucha, wykluczenie ucha wewnętrznego wobec braku ropienia ucha, zajęcie nerwu trójdzielnego, objawy oponowe. Rozpoznanie przypuszczalne skłaniało się ku zapaleniu opon mózgowych rozwijającemu się w związku z ropniem mózgu.

Uwzględniwszy wywiady, badanie neurologiczne, stan stwierdzony podczas zabiegu, dalszy rozwój choroby i obraz sekcyjny należy przyjąć, że podczas powtórnego zapalenia przed dziewięciu laty lub podczas pierwotnego ropienia ucha przed dwudziestu jeden laty, przyszło do zakażenia wnętrza jamy czaszkowej, do zawiązania się ogniska ropnego w płacie skroniowym, które powoli się rozwijało, nie dając żadnych objawów, jak wiele innych ropni mózgu bezobjawowych, rozpoznawanych dopiero na stole sekcyjnym, jak n. p. przypadek Belinoffa, w którym żołnierz z ropniem mózgu brał udział w kilkunastu bitwach i dopiero postrzał w czaszkę spowodował ujawnienie się ropnia. Obdukcja stwierdza niezbicie, że ropień ten rozwinął się dawno, prawdopodobnie przed kilku lub kilkunastu latami, siedziba zaś jego, mianowicie płat skroniowy, w bezpośrednim sąsiedztwie narządu słuchowego, że jest pochodzenia usznego. Ropień ten rozwijał się powoli, nie dając żadnych uchwytnych objawów, a ujawnił się dopiero z chwilą następowego zakażenia opon mózgowych.

Badanie neurologiczne w dniu przyjęcia na oddział VI, a w dziesiątym obecnej choroby, wykazuje zajęcie nerwu twarzowego, trójdzielnego, zajęcie opon mózgowych; badanie otologiczne, stan po przebytem ropnem zapaleniu ucha środkowego, wykluczenie labiryntu, głuchotę. Obdukcja stwierdza obok ropnia mózgu, ropne zapalenie opon mózgowych, zwłaszcza u podstawy mózgu po stronie lewej, co nam w zupełności tłumaczy obraz porażeń i rzuca światło na punkt wyjścia zapalenia opon. Jedynie sprawa wykluczenia błędnika nie jest jasną, mianowicie nasuwa się pytanie, w jaki sposób przyszło do jego zniszczenia. Jeżeli przyjmiemy ostre ropne zapalenie błędnika, które z reguły prowadzi do jego zniszczenia a nieraz do zakażenia opon, czy to drogą osłonek nerwów wnikających przez *porus acusticus internus* do wnętrza czaszki czy też za pośrednictwem wodociągu przedsionka lub ślimaka, to należałoby przypuścić wobec braku czynnego ropienia ucha, że w obrębie kości skalistej istniało od szeregu lat utajone ognisko ropne, które nagle przebiło do błędnika wywołując jego ropne zapalenie, a to przenosząc się dalej drogami otwartemi, spowodowało ropne zapalenie opon. Szczegóły naprowadzające na to przypuszczenie odnajdujemy w obdukcji, mianowicie na kości skalistej nieco do przodu od nakrywki jamy bębenkowej stwierdzano nierówności i nadżarcie kości a to w miejscu przylegającem poprzez oponę do ropnia mózgu. Ognisko to mogło więc z jednej strony przenieść sprawę chorobową do wnętrza czaszki, wytwarzając powoli ropień mózgu, z drugiej zaś, przebijając do błędnika, wywołać później drogą pośrednią nagłe zapalenie opon.

Być może jednak także, że ropień, latami pozostający w okresie utajenia wywołał w końcu zapalenie opon, na podstawie bezpośredniego sąsiedztwa z niemi, które to zapalenie drogą wsteczną mogło się przenieść do błędnika, jak to wykazał Karbowski przy zapaleniu nagminnem opon mózgowych.

W pierwszym przypadku mieliśmy do czynienia z porażeniem nerwu twarzowego w obrębie kości skalistej, w drugim zaś w obrębie jamy czaszkowej przed wejściem do kanału kostnego.

Wziąwszy jeszcze pod uwagę stwierdzone ciężkie objawy przed zabiegiem, oraz przebicie ropnia do bocznej komory, jasnem jest, że stan ten musiał doprowadzić do zejścia niepomyślnego.

Reasumując całość, stwierdzamy ropne zapalenie opon mózgowych przy ropniu mózgu, który rozwinął się bardzo dawno po przemijającem ropnem zapaleniu ucha środkowego. Widzimy więc z tego, że ropień mózgu może rozwijać się nie dając żadnych objawów, które dopiero zaznaczają się piorunująco z chwilą następowego zakażenia opon i przebicia do komory. Przy rozpoznawaniu więc zapalenia opon mózgowych należy zawsze brać pod uwagę jako punkt wyjścia ucho, choćby ono nie wykazywało żadnej czynnej lub niedawno przebytej sprawy chorobowej, gdyż przypadek powyżej przytoczony wykazuje, że cierpienie ucha środkowego przebyte i dawno wyleczone było przyczyną zmian patologicznych tak rozległych i doprowadziło do zejścia niepomyślnego. Jasnem jest, że ścisłe wykrycie punktu wyjścia zapalenia opon mózgowych w samym początku choroby, musi wpłynąć dodatnio na rokowanie i za-

stosowanie leczenia, które przy dzisiejszym stanie leczenia operacyjnego przedstawia znaczne widoki powodzenia zwłaszcza we wczesnych okresach.

Piśmiennictwo.

1) Grunert według Handbuch der Ohrenheilkunde von Schwartze II. 849. — 2) Hammerschlag: Montschr. für Ohrenheilkunde 1901. — 3) Fr. Nowotny: Przegl. lek. 1914. — 4) M. Maier: Archiv f. Ohrenheilkunde B. 95. — 5) S. Belinoff: Klin. Beiträge zur Ohrenheilkunde 1919. — 6) Denker u. Brünings: Lehrbuch der Krankheiten des Ohres u. der Luftwege. — 7) Br. Karbowski: Montschr. f. Ohrenheilkunde 1921. — 8) Gerber: Klin. Beiträge zur Ohrenheilkunde 1919.

Dr. Adam GRUCA, asystent kliniki. Lwów.

O ropnem zapaleniu kręgów (osteomyelitis purulenta vertebrarum) z opisem przypadku.

Z Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza.
Dyrektor: Prof. Dr. Hilary Schramm.

Zapalenie ropne kręgosłupa jest cierpieniem rzadkiem. Według Hahna zajmuje 2% przyp. zapalenia ropnego kości krótkich; według Michelssona 0·69% zapalenia ropnego kości wogóle. Po Lannelongue'u, który to cierpienie w roku 1879 pierwszy opisał, zajmowali się niem Hahn, Donati, Grisel i inni. Monografja Vollkmanna z roku 1915 obejmuje 87 przypadków. W ostatnich latach opisano jeszcze 26 (Schlesinger, Cassel, Wohlgemuth, Schwarz, Pientz, Stahl) tak, że dotychczas ogółem znanych jest przypadków 113.

Przypadek spostrzegany na klinice lwowskiej przedstawia się następująco:

A. G. lat 60, kucharz, dziedzicznie nie obciążony. W 30 r. życia cierpiał na nieokreślone bóle w dołku podsercowym i podżebrzu lewem, połączone z zaparciem stolca. Objawy te ustąpiły po roku same. Przez następne 30 lat czuł się zupełnie zdrów. Przed miesiącem wystąpiły bóle w podżebrzu lewem, promieniujące ku krzyżom, wzdłuż lewego biodra i uda, czasami w postaci kłucia do lewego ramienia. Bóle te przeważnie o charakterze nieokreślonym, wzmagały się po jedzeniu. Ból w lewem udzie nie przeszkadzał w chodzeniu, a nawet zmniejszał się. Nudności, wymiotów nie było. Wypróżnienia miał tylko po środkach przeczyszczających. Raz zauważył czarny, smołowaty stolec. Apetyt dobry, na wadze i siłach nie stracił. Z powodu zaparcia stolca i bólu w nodze zgłosił się 18. XII. na tutejszą klinikę lekarską, gdzie stwierdzono:

Nieznaczne skrócenie wypuku nad szczytem prawego płuca z przodu; kręgosłup prosty; ostatnie dwa kręgi piersiowe przy ucisku bolesne; ruchomość kręgosłupa zachowana. Serce bez zmian. Brzuch płaski. Powłoki brzuszne na lewo od kręgosłupa od połowy klatki piersiowej ku dołowi bolesne. Badanie przewodu pokarmowego (rozbiór treści żołądkowej i kału) wykazało zupełnie normalne stosunki. Roentgenologicznie stwierdzono atonję i obniżenie żołądka. Odczyny Pirqueta i Wassermanna ujemne.

Ciepłota z 37,6° w ciągu tygodnia podniosła się do 39,3. o typie hektycznym. Zaparcie stolca utrzymywało się. Bóle w lewem udzie silniejsze. Szybki ubytek na wadze. Po 10-ciu dniach w okolicy kręgów lędźwiowych wystąpił ciastowaty obrzęk i silna bolesność kręgów na ucisk i przy zginaniu. We krwi leukocytoza (12.500) i neutrofilja (8620). W ciągu dalszych 4-ech dni w miejscu obrzęku wytworzył się guz, wykazujący wyraźne chełbotanie.

Stan z chwilą przyjęcia na tutejszą klinikę chirurgiczną (3. I.): Mężczyzna budowy delikatnej. Odżywienia bardzo podupadłego. Narządy wewnętrzne, jak wyżej. W okolicy lędźwiowej, po lewej stronie kręgosłupa guz rozlany kształtu biszkopta, dochodzący do grzebienia kości biodrowej, pokryty skórą niezmienioną, wykazujący chełbotanie. Nad kością ogonową skóra blada. Kręgosłup sztywny. Wyrostki kolczaste XI. i XII. kręgu piersiowego oraz I. kręgu lędźwiowego na ucisk bolesne. Ucisk na głowę bólu w kręgosłupie nie wywołuje. Ucisk na przednie końce dolnych żeber wywołuje ból w okolicy kręgów. Skóra lewej połowy klatki piersiowej, biodra, zewnętrznej i przedniej powierzchni uda lewego na dotyk tkliwa. Odruchy kolanowe wzmożone.

Rozpoznano: Zapalenie ropne dolnych kręgów piersiowych.

3. I. Po otwarciu ropnia w uśpieniu eterowem — cięciem przez największą wypukłość guza — wydobyło się z niego kilkaset cm³ gęstej ropy. Palcem wyczuwało się w górnym kącie jamy obnażoną z okostnej podstawę wyrostka poprzecznego lewego, ostatniego kręgu piersiowego. W górny zaułek ropnia wstawiono sączek gumowy.

Badanie bakterjologiczne ropy wykazało obecność gronkowca białego.

Po zabiegu ciepłota obniżyła się, a po tygodniu podniosła znowu do pierwotnej wysokości. Skóra nad kością ogonową nekrotyczna. Wydzielanie z rany, z początku bardzo obfite, po tygodniu zmniejszyło się. Bóle w lewem udzie o zmiennem natężeniu, naogół słabsze, niż przed zabiegiem. Noga lewa stale w przykurczu w stawie biodrowym i kolanowym. Stolec stale zaparty.

16. I. Brzuch wzdęty, powłoki brzuszne tkliwe. Od 3-ech dni wypróżnienia płynną krwią. Ciepłota do 38°, tętno szybkie, słabo napięte. Badanie przez odbyt oraz dwukrotne zdjęcia roentgenowskie kręgów piersiowych zmian nie wykazały.

W następnych 10-ciu dniach wydzielanie z rany mniejsze, tkanki oczyszczają się zarówno w miejscu nacięcia, jak i na kości ogonowej. W połowie drugiego tygodnia zaostrzenie objawów. Silne bóle w podbrzuszu, zatrzymanie wiatrów i stolca, parestezje w obu udach, pareza obu nóg. Silniejsza lewej. Stan odżywienia stale pogarsza się.

26. I. Po otwarciu w dnie rany pod powięzią lędźwiową ropnia wielkości jaja kurzego, nastąpił spadek gorączki i zmniejszenie natężenia objawów nerwowych, utrzymało się to jednak zaledwie kilka dni. Od 8. II. temperatura wysoka o typie hektycznym. Rany bez skłonności do gojenia się. Na krętarzu wielkim lewym i poniżej lewej łopatki zjawiły się ropnie przerzutowe. 21. II. zgon. Objawy nerwowe do końca o zmiennem natężeniu.

W ropniach przerzutowych stwierdzono gronkowca białego. Badanie roentgenowskie na kilka dni przed śmiercią bez wyniku dodatniego.

Wyciąg z protokołu sekcyjnego (Zakład Anatomji patologicznej Uniw. Prof. Dr. Nowicki).

Caries simplex (non tbc.) vertebrae thor. VII.—XII. et lumb. I.—II. Abscessus paravertebralis. Bronchopneumonia disseminata lobi inferioris pulmonis dextr. Emphysema senile pulmonum. Tracheobronchitis catarrh. chron. Calcificatio glandularum peribronchialium. Atrophia cordis. Tumor lienis septicus. Degeneratio parenchymatosa organorum abdominis. Gastroenteritis chronica. Decubitus permagnus sacralis.

W zwłokach — mimo zwrócenia na to szczególnej uwagi — gruźlicy nie stwierdzono. Jedynie zwapnienie jednego gruczołu okołooskrzelowego mogłoby świadczyć o przebytej gruźlicy. W jamie brzusznej dwie pętle zbliżone do siebie, zrośnięte były z otrzewną ścienną. W miejscu zrostu przewężenie.

W kręgosłupie na tylnej powierzchni trzonów VII.—XII. kręgu piers. i I.—II. ledźw. znajdują się liczne miejsca nagiej porowatej kości. Więzadło tylne kręgosłupa wielokrotnie przedziurawione i uniesione. Wyrostki poprzeczne lewe oraz szyjka łuków kręgów XI. i XII. p. pozbawione okostnej i porowate. W trzonach kręgów na przekroju liczne ogniska ropne dochodzące wielkości ziarna prosa i grochu, nie wychodzą nigdzie poza tkankę gąbczastą, wymiękłą, o zabarwieniu ciemno-czerwonem. Najsilniejsze zmiany w kręgach XI. i XII. p. i I. l. Stawy międzykręgowe i kręgowo-żebrowe wolne. Chrząstki międzykręgowe bez śladów zapalenia. Zakrzepy w naczyniach około-kręgowych gołem okiem niewidoczne. Na oponie twardej od przodu na wysokości XII. kręgu piersiowego nalot włóknikowy i ziarnina na przestrzeni ½ cm², dająca się bez trudu oddzielić od opony.

Wewnętrzna powierzchnia opony twardej zmian jakichkolwiek nie wykazuje. Na wysokości nalotu widoczne na rdzeniu nieznaczne przewężenie. W komórkach nie stwierdza się zmian gołem okiem dostrzegalnych.

W zapaleniu ropnem kręgów zaledwie w 1/4 przypadków ustalono wrota zakażenia w postaci spraw ropnych skóry, tkanki podskórnej lub kości, zębów, zapalenia gardła, płuc, lekkich zranień, przyczem dla umiejscowienia się sprawy chorobowej w kręgosłupie odgrywał niewątpliwie znaczną rolę (u 23% Vollkmann) uraz.

Bakterjologicznie stwierdzono w przeważnej liczbie przypadków (68% Vollkmann) gronkowca złotego, rzadziej białego (około 12%), raz łańcuszkowce (Heule). Pozatem poglądy autorów nie są zgodne. Kiedy jedni (Anschütz i Stahl, Klemm, Wohlgemuth) są zdania, że wszystkie ropotwórcze drobnoustroje mogą wywoływać ropne zapalenie kręgów, drudzy (Schlesinger, Quincke, Franke, Perer) przypisują to tylko gronkowcom.

W przypadku naszym wywiad — mimo zwrócenia uwagi na to — spraw zapalnych, ani chorób zakaźnych nie wykazał. Chory skarżył się na zaburzenia w przewodzie pokarmowym; przy sekcji stwierdzono bliznę po stanie zapalnym, który toczył się w ścianie jelita i sprowadził zrost z otrzewną ścienną. Nasuwa się zatem pytanie, czy to nie było punktem wyjścia zakażenia. Że sprawa w kręgosłupie jest późniejsza od cierpienia w przewodzie pokarmowym — wskazuje zjawienie się ropnia, występującego zwykle z końcem drugiego tygodnia w przebiegu ropnego zapalenia kręgów (Vollkmann) — w piątym tygodniu od zjawie-

nia się objawów chorobowych wogóle — krzywa gorączki, oraz pogorszenie bólów w krzyżach. Byłby to rzadki przypadek ropnego zapalenia kręgów z zakażeniem z przewodu pokarmowego.

Form tak typowych, jak w przebiegu zapalenia ropnego kości długich, w zapaleniu ropnem kręgów nie spotyka się.

Martwiaki spostrzegano rzadko i to przeważnie korowe i małe, a nowotworzenie kości i sklerozę bardzo rzadko.

Skleroza, zdaniem Klemma, powstaje wskutek zapalnego zastoju w krążeniu i osadzania się produktów rozpadu kości — soli — w najbliższem otoczeniu. Prócz tego ważną jest siła zakażenia: Drobnoustroje silne powodują zniszczenie całej kości, słabe pobudzają do bujania kostniny i to bujanie w przewlekłym przebiegu ropnego zapalenia kości jest wyrazem osłabienia czynnika chorobotwórczego. Brak sklerozy kości w zapaleniu ropnem kręgosłupa zwłaszcza w formach szpikowych dałby się wytłumaczyć silnem unaczynieniem i dobremi warunkami odprowadzania produktów rozpadu w przeciwieństwie do kości długich, ukrwionych znacznie słabiej. Jednak odnosi się wrażenie że to co widzimy w kręgach jest okresem początkowym *osteomyelitis* i że tylko brak czasu na wytworzenie się sklerozy i „trumienki", jak w zapaleniu ropnem kości długich, gdyż cierpienie kończy się wcześnie śmiertelnie (według Vollkmanna do 4 tygodni) z powodu powikłań. Że tak jest, wskazują przypadki Schwarza i Wohlgemutha.

Ropa — tworząca się w ognisku zapalnem, wydostaje się ku powierzchni najczęściej na grzbiecie. Nawet w przypadkach zajęcia trzonów kręgowych, ropnie opadowe, jak w gruźlicy wzdłuż mięśnia lędźwiowego, spostrzegano stosunkowo rzadko, częściej przebicie do kanału kręgowego, przyczem szereg autorów podnosi, że opona twarda stanowi barjerę, na której sprawa zatrzymuje się (Schlesinger). W przypadkach Müllera, Schönwertha, Ferrio opona twarda okrążona była ropą bez śladów zapalenia. W przypadkach Stahla, Schwarza i innych i w przypadku naszym na oponie twardej znaleziono naloty włóknikowe i ziarninę, które za życia dawały objawy ucisku na rdzeń, a w przypadkach Schultza, Lannelongue'a, Totherika i Lippmanna bez śladu zaburzeń nerwowych. Jedynie w 2 przypadkach (Riese, Makins i Abbot) stwierdzono ropę śródoponowo, choć nie było widocznego przebicia opony twardej.

Przypadek nasz ze względu na formę procesu zapalnego i kierunek wydostawania się ropnia należy do typowych. Dążności do umiejscowienia sprawy, ani śladów nowotworzenia kości nie było. Typowym jest również ze względu na umiejscowienie w kręgosłupie piersiowym, gdzie zapalenie ropne najczęściej pojawia się (47,6%, kręgosłup szyjny 30%, lędźwiowy 9,3% — Vollkmann). Natomiast mniej typowy ze względu na zajęte części kręgów. Zapalenie ropne, w przeciwieństwie do gruźlicy, częściej zajmuje łuki (58%), niż trzony (34%) a rzadko obydwie części równocześnie (7% — Vollkmann). Wyjaśnienia dlaczego umiejscowienie tego rodzaju, w piśmiennictwie nie znalazłem. Że zachodzić tu muszą inne czynniki, niż te, którym Węgłowski przypisuje wpływ na umiejscowienie gruźlicy, wskazuje statystyka: najsilniej ukrwione części, a zwłaszcza te, w których przychodzi do zwolnienia krążenia, najrzadziej ulegają zakażeniu. Być może, że odgrywa w tem rolę obecność krwiotwórczego szpiku na miejscu. Donati dopatruje się związku między usadowieniem sprawy, a punktami kostnienia, Klemm zwraca uwagę na układ naczyń chłonnych, Fischer na układ naczyń krwionośnych. Najczęściej bywa zajęty tylko jeden krąg, rzadziej dwa. Zajęcie więcej niż 3 kręgów opisano zaledwie kilka razy. U ludzi starszych proces umiejscawia się typowo w jednym kręgu. Pod tym względem należy przypadek nasz do bardzo rzadkich. Sprawa chorobowa obejmowała w formie zapalenia rozlanego trzony ośmiu kręgów, przechodząc w dwu miejscach na wyrostki poprzeczne i łuki. Zmiany w kręgach wskazywały na różny czas trwania. Sprawa zaczęła się najprawdopodobniej w kręgu XII. p. i stąd posunęła się ku dołowi, a jeszcze znaczniej ku górze.

Również ze względu na wiek chorego należy przypadek nasz do bardzo rzadkich. Zapalenie ropne kręgów, jak zapalenie ropne szpiku kostnego wogóle, jest schorzeniem kości rosnącej. W zestawieniu Vollkmanna 71% przypadków przypada na 1. i 2. dziesięciolecie. Na 3. dziesięciolecie już tylko 22%, a na wyższych opisano zaledwie pojedyncze przypadki. Najstarszy z opisanych chorych Stahla liczył lat 64, Westa 48, tak, że nasz stojący na pograniczu 6. i 7. dziesięciolecia jest drugim ze znanych przypadków w tak późnym wieku.

Zapalenie ropne kręgów zaczyna się najczęściej ostro (68,7% — Vollkmann) ciężkiemi objawami ogólnemi i może przebiegać tak gwałtownie, że kończy się śmiercią, nim był czas na zorjentowanie się o naturze cierpienia. W przypadkach mniej gwałtownych po kilku dniach występują objawy miejscowe: bóle w kręgosłupie, bolesność wyrostków kolczastych i poprzecznych (Schlesinger) nawet w tych przypadkach, gdzie schorzałe są trzony, natomiast obciążenie wzdłuż osi długiej kręgosłupa bólów, jak przy *Tbc* nie wywołuje lub wywołuje mniej typowe (Schlesinger, Riese, Donati, Schmidt). Ruchy kręgosłupa we wszystkich kierunkach bolesne. Objawy nerwowe: korzonkowe, oponowe lub rdzeniowe, występowały w 1/3 przypadków (36,4% — Grisel). Przebieg ostry jest charakterystyczny dla gronkowca złotego, podczas gdy cierpienie, wywołane przez gronkowca białego, rzadsze, zaczyna się, jak przypadek nasz, łagodniej. W przypadku naszym na pierwszy plan wysunęły się objawy korzonkowe a później rdzeniowe.

Zaburzenia w przewodzie pokarmowym należą według Frasera i Phersona — do objawów stałych. Goebell tłumaczy je obrzękiem przedkręgosłupowym, prowadzącym do porażenia splotu słonecznego, Makins i Abbot zmianami zapalnemi w zwojach i korzonkach. W przypadku naszym badanie drobnowidowe (Dr. Schusterówna) zmian zapalnych w nerwach i zwojach nie wykazało. Zaburzenia zatem ze strony przewodu pokarmowego pochodzić mogły z ucisku ropnia i obrzęku zapalnie zmienionych tkanek około korzonków.

Wobec tej wieloznaczności i gwałtowności objawów rozpoznanie właściwe napotyka w początkach na znaczne trudności i według piśmiennictwa zaledwie w 1/3 przypadków zostało postawione przed zabiegiem operacyjnym, a nawet autopsją. W przypadkach wątpliwych wykonywano nakłucie kręgów sposobem Goebella i nakłucie lędźwiowe. Badanie krwi wykazuje leukocytozę neutrofilną (Noeske, Hunt, przyp. nasz). Badanie roentgenowskie daje bardzo rzadko wynik dodatni (Sonnenburg, Vollkmann i inni), a nawet tam, gdzie zmiany roentgenologiczne są widoczne, są tak mało charakterystyczne, że nie pozwalają na odróżnienie od *Tbc*.

Na jeden jeszcze szczegół chciałbym zwrócić uwagę: Z okazji innych badań wstrzyknięto u powyższego chorego po śmierci powietrze do przestrzeni ponadoponowej. Powietrze wydostawało się przez ranę po nacięciu. Otóż w przypadkach wątpliwych co do umiejscowienia i rozległości cierpienia — wstrzyknięcie płynu — ewentualnie zabarwionego (roztwór błękitu metylowego) do przestrzeni ponadoponowej wykazałoby czy istnieje połączenie między kanałem kręgowym, a ropniem — szczegół dla rozpoznania i leczenia bardzo ważny.

Powikłania zapalenia ropnego kręgów zależą od umiejscowienia w części kręgu i części kręgosłupa i od kierunku wydostawania się ropy. Najcięższe pochodzą od przebicia ropy do kanału kręgowego, co zdarza się częściej przy schorzeniu trzonów, z powodu skłonności ropy do przebijania ku tylnej ich powierzchni wzdłuż splotów żylnych i chłonnych. Z innych powikłań opisano przebicie do obu jam opłucnowych (Strong, Morian, Andrien i Lemarchal), do płuc (Israel), do przełyku (Strong), podrażnienie otrzewny, przebicie do jamy otrzewnowej (Donati), ropnie

pozagardzielowe (Makins i Abbot, Chipault, Donati), wielokrotne zapalenia korzonków (Schlesinger). Przerzutowe zapalenie innych kości zdarza się według Vollkmanna w 14% przyp. Najczęstszem powikłaniem jest ropnica.

Rokowanie w zapaleniu ropnem kręgów bardzo poważne zależy od nasilenia objawów początkowych choroby, od wczesnego postawienia rozpoznania, usadowienia cierpienia i wieku chorego. Gorsze, jeżeli cierpienie zaczęło się ostro, co jest w związku z czynnikiem wywołującym chorobę (gronkowiec złocisty) Śmiertelność przy ostrym początku 45%, przy podostrym 33% (Vollkmann). Przypadki, w których cierpienie rozpoznano wcześnie i zaraz operowano dały znacznie mniejszy odsetek śmiertelności (16%), niż późno rozpoznane lub nierozpoznane (53% — Vollkmann). Gorsze przy zajęciu trzonów (78% +), niż łuków (35%) z powodu łatwiejszego wystąpienia posocznicy i przy dostaniu się ropy do przestrzeni nadoponowej

Nie bez wpływu jest również wiek chorego. W miarę wzrostu wieku zwiększa się odsetek zejść śmiertelnych. Jako przyczynę podaje Haumann brak ciałek kwasochłonnych w wieku starszym.

Leczenie zapalenia ropnego kręgów może być tylko chirurgiczne. W większości przypadków zabiegiem wystarczającym było nacięcie i sączkowanie. W przypadkach, w których ognisko chorobowe udało się oznaczyć, postępowano więcej czynnie, usuwając chore części łuku lub wyrostków, względnie wyłyżeczkowywano oszczędnie trzony. Usuwanie operacyjne martwiaków stosowano bardzo rzadko, gdyż zwykle są małe i wydzielają się same (Schwarz). Objawy uciskowe są wskazaniem do laminektomji. Przy ropniach pozaopłucnowych Haidenhain, Diakonoff i Schwarz wykonali z dobrym wynikiem kostotransversoektomję. Prócz chirurgicznego, stosowano w dwu przypadkach leczenie szczepionkami z dobrym wynikiem (Wiesinger, Schwarz).

W przypadku naszym po nacięciu i stwierdzeniu przyczyny ropnia — wykonano trzykrotnie zdjęcie roentgenowskie kręgosłupa celem uzyskania bliższych danych o usadowieniu i rozległości cierpienia — bez wyniku dodatniego. Odpływ ropy był zapewniony — więc mimo pogorszenia objawów i wobec ropnicy i wyniszczenia chorego — dalszego zabiegu zaniechano. Autopsja wykazała, że byłby bezskutecznym.

Piśmiennictwo.

1) Cassel: Deutsch. med. Woch. 1919. — 2) Fraser i Ferson: Hildebrands Jahresbericht ü. d. Fortschritte d. Chir. 1911. — 3) Donati: Archiv f. kl. Chir. t. 79. — 4) Goebell: Jahresbericht ü. d. Fortschr. d. Chir. 1911. — 5) Gundermann: Deutsche Zeitschr. f. Chir. t. 109. — 6) Hahn: Bruns Beiträge t. XIV. — 7) Tenże: Bruns Beiträge t. XXV. — 8) Henle: Garre-Küttner-Lexer Handbuch der Chir. 1922. t. IV. — 9) Haumann: Bruns Beiträge t. 119. — 10) Fraenkel: Mitteilungen aus d. Grenz. Geb. d. Chir. t. XI. — 11) Klemm: Bruns Beiträge t. 80. — 12) Milner: Mitteilungen aus d. Grenzgeb. d. Chir. t. XI. — 13) Rosenburg: Ztralorg. f. Chirg. t. XVI. — 14) Schwarz: Bruns Beiträge t. 119. — 15) Stahl: Archiv f. klin. Chir. t. 120. — 16) Schlesinger: Mitteilungen aus d. Grenzgeb. d. Chir. t. 30. — 17) Schmiedt: Deutsch. Zeitschr. f. Chir. t. 58. — 18) Węgłowski: Polska Gazeta Lekarska 1923. — 19) Wohlgemuth: Berl. klin. Woch. 1921. — 20) Tenże: Archiv f. Chir. t. 124. — 21) Vollkmann: Deutsch. Zeitschr. f. Chir. t. 132. — 22) Quincke: Mitteilungen aus d. Grenzgeb. d. Chir. t. XI. — 23) Michelsson: Archiv f. Chir. t. 122.

Dr. Czesław CZARNOWSKI, Wilno.
asyst. klin. oto-laryngologicznej Uniw. Stefana Batorego.

Przypadek nawrotnego ropnia móżdżku operowanego z wynikiem pomyślnym*)

Z oddziału oto-laryngologicznego Szpitala kolejowego w Wilnie.

Następujące spostrzeżenie może stanowić przyczynek do kazuistyki wyleczonych chirurgicznie nawrotowych ropni móżdżku.

Chory, 24-letni, z zawodu kowal, został przyjęty 21. IX. 1923 r. na oddział oto-laryngologiczny szpitala kolejowego w Wilnie.

*) Komunikat z pokazem chorego na posiedzeniu »Towarzystwa Naukowego lekarskiego w Wilnie« w dn. 9. IV. 1924 r.

Badanie wykazało co następuje: Chory skarży się na słabość, ból w okolicy lewego ucha i mocny ból głowy, zwłaszcza z lewej strony. W przeddzień wstąpienia do szpitala — dreszcze i gorączka, oraz utrata przytomności w ciągu kilku godzin. Badanie przedmiotowe: ogólny stan bardzo ciężki; tętno — 58'; oddech — 20; ciepł. — 37,6. W lewem uchu środkowem — objawy przewlekłego ropnego zapalenia ze znacznem upośledzeniem słuchu. Bolesność lewego wyrostka sutkowego na ucisk. Źrenice rozszerzone. Sztywność karku, oraz bolesność szyjnych kręgów na ucisk. Kernig wyraźnie zaznaczony z obu stron.

Rozpoznano ropień zewnątrz-oponowy i 22. IX. 1923 dokonano operacji doszczętnej na lewej kości skroniowej. Operacja wykazała znaczne zagęszczenie (*eburneatio*) kości wyrostka sutkowego oraz duży guz perlisty w okolicy jamy sutkowej. Opona twarda dołu czaszkowego środkowego na przestrzeni 1—2 cm. kw. nieco nacieczona i przekrwiona. W tylnym dole czaszki — ropień zewnątrz-oponowy około-zatokowy. Opona twarda zatoki esowatej pokryta zropiałą ziarniną.

Zaraz po operacji, tętno — 72. Na drugi dzień stan ogólny zadowalający. Tętno — 82. Po upływie tygodnia — pierwszy opatrunek. W ciągu następnego tygodnia przy dobrym stanie rany, wszystkie objawy chorobowe ustąpiły.

8. X. Skargi na ból głowy. Badanie przedmiotowe stwierdza samoistne drżenie gałek ocznych (*Nystagmus spontaneus*) w prawo.

12. X. Dwa razy wymioty. Mocny ból głowy. Nystagmus w prawo, jak wyżej. Słuch na lewe ucho zachowany. Odczyn cieplny z lewego błędnika również zachowany. Objaw omijania dodatni z obu stron.

16. X. Ogólny stan bardzo ciężki. Najmniejsze poruszenie się chorego wywołuje silny zawrót i ból głowy w okolicy potylicznej. Wielokrotne wymioty. Tętno — około 70'. Ciepłota w ciągu całego tygodnia normalna. Wystąpił »nystagmus spontaneus« w lewo (w stronę chorego ucha). Słuch na lewe ucho zachowany. Próba Webera — w lewo. Odczyn cieplny z lewego błędnika zachowany. Objaw omijania z obu stron dodatni, z lewej strony jednak zaznaczony wyraźniej. Adiadochokineza wyraźniej zaznaczona z lewej strony. Poza temi danemi badanie układu nerwowego wyraźnych odchyleń od normy, prócz upośledzenia odruchów kolanowych, nie wykrywa. Badanie dna oczu wykazało rozszerzenie naczyń krwionośnych. Zastoiny jednak nie stwierdzono.

Na mocy tych danych rozpoznano ropień móżdżku. Chodziło teraz o ściślejsze umiejscowienie ropnia, oraz o metodę operacji.

Ze względu na to, że czynność błędnika po stronie chorej była zachowana, należało przypuszczać, że ropień wytworzył się nie w następstwie ropnego zapalenia błędnika, jak się to najczęściej zdarza, lecz był wynikiem bezpośredniego przejścia zakażenia na móżdżek z chorobowo zmienionej opony twardej zatoki esowatej. Tą drogą powstałe ropnie, jak wiadomo, bywają umiejscowione bardziej na zewnątrz i tu należy ich szukać.

18. X. — w narkozie eterowej operacja. Cięcie ku tyłowi od rany trepanacyjnej. Dłutowanie kości pod i wzdłuż zatoki poprzecznej. Obnażenie móżdżku na przestrzeni 6—8 centymetrów kwadr. Nakłucie móżdżku dało ropę w głębokości 1 cm. Ropień otwarto cięciem poprzecznem w płaszczyźnie poziomej. Z jamy ropnia wyciekło ze 3 łyżki stołowe gęstej, białawej ropy. Do rany wprowadzono dren gumowy i sączki.

Tegoż dnia po operacji wszystkie niemal objawy chorobowe ustąpiły i w ciągu trzech tygodni ogólny stan o tyle się poprawił, że chory zaczął już wstawać i chodzić.

18. XI., t. j. w miesiąc po drugiej operacji, chory znowu poczuł się gorzej. Znów wystąpił silny ból głowy.

21. X. uskarża się na silny ból i zawrot głowy. Chodzi chwiejąc się. Stwierdza się znaczny »nystagmus rotatorius« w lewo. Rana goi się dobrze. Ropy nigdzie nie widać.

27. XI. Ogólny stan ciężki. Bardzo silny ból głowy. Objaw omijania, osobliwie z lewej strony. Silny kołowy nystagmus o powolnych szerokich wahaniach w stronę lewą. Odczyn cieplny z lewego błędnika zachowany. Badanie tarcz ocznych zmian patologicznych nie wykrywa. Nakłucie móżdżku w trzech kierunkach dało wynik ujemny.

6. XII. Ogólny stan bardzo ciężki. Wielokrotne wymioty. Adiadochokineza, objaw omijania — dodatni z obu stron. Rozpoznano nowy ropień móżdżku.

7. XII. Trzecia z kolei operacja. Znieczulenia żadnego nie zastosowano. Nakłucie móżdżku: na głębokości 4½ cm., w kierunku prostopadłym od powierzchni wykryto gęstą, zielonawej barwy ropę. Szerokie cięcie przez móżdżek wzdłuż całego otworu trepanacyjnego. Z jamy ropnia wypłynęło około dwóch łyżek ropy. Do jamy wprowadzono dren gumowy i sączki.

Natychmiast po operacji chory poczuł znaczną ulgę i odtąd zaczął powoli powracać do zdrowia.

Dalsze leczenie polegało na codziennych opatrunkach z wprowadzeniem drenów, początkowo gumowych, a potem szklanych, dopóki jama ropnia zupełnie się nie wypełniła ziarniną.

W połowie marca rana się zabliźniła. Chory obecnie czuje się dobrze i ma być wkrótce wypisany ze szpitala.

Na podstawie tego przypadku możemy zaznaczyć następujące punkty, niejednokrotnie zresztą podkreślane przez innych.

1) Otwarcie ropnia móżdżku i nawet dobrze gojąca się potem rana, nie mogą zabezpieczyć nas od nawrotu choroby.

2) Nawroty takie jednakże nie powinny nas wstrzymywać od dalszej walki z chorobą i od dalszych zabiegów chirurgicznych.

3) Wyniki ujemne nakłucia mózgu przy poszukiwaniach ropni nie powinny powstrzymywać nas od nowych prób w tym kierunku, ponieważ w okresie zapalenia mózgu ropy możemy nie znaleźć.

4) Operacje na otwartym móżdżku wobec braku wszelkiej bolesności można wykonywać bez znieczulania.

Z praktyki.

W. TÜRSCHMID, dyrektor szpitala. Nowy Targ

Pęknięcie urazowe jelita w przepuklinie pozornie uwięzgłej, odprowadzonej.

Ze szpitala powszechnego w Nowym Targu.
Dyrektor: Dr. Wilhelm Türschmid.

Jak zgubne dla zdrowia i życia chorego może mieć następstwa odprowadzanie uwięzgłych przepuklin, u nas niestety tak częste, o tem zaznajomiły nas ogłoszone w roku ub przypadki Slęka, w których przy gwałtownych za wszelką cenę wykonywanych „z rozmachem" próbach odprowadzania, spowodowano częścią przedziurawienie jelita z następowem zapaleniem otrzewnej, lub też wywołano rozległe podbiegnięcia krwawe na otrzewnej jelitowej lub na powłokach brzusznych. Na 40 przepuklin uwięzgłych operowanych w 7 wykonywanie »taxis« spowodowało mniej lub więcej rozległe uszkodzenia co stanowi przeszło 17% — odsetek olbrzymi jeśli się zważy, że przyczynia się on do ciężkości zabiegu operacyjnego, który bez tych uszkodzeń byłby zabiegiem prostym łatwym i bezpiecznym Podobnie z kliniki chirurgicznej Eiselsberga opisał Haberer uszkodzenia zrobione przez »Taxis« w postaci krwotoku z przerwanych naczyń krezkowych, krwotoku, który sam przez się omal nie sprowadził zejścia śmiertelnego, względnie inny przypadek, w którym u kobiety z wadą sercową w zamiarze uchronienia jej od zabiegu operacyjnego wykonano »taxis« w 6 godzin po uwięzgnięciu z takim wynikiem, że przy następowym zabiegu operacyjnym musiano wyciąć 83 cm. oderwanego jelita, na szczęście z wynikiem pomyślnym! Zupełnie też słusznie zaleca Slęk zmienić starodawne zdanie Tirmana na zasadę, że „zabieg operacyjny jest regułą, odprowadzanie zaś należy do wyjątków". Zasada ta, zdaniem naszem, winna być krótką a nie wzruszalną w postępowaniu lekarza, a winna opiewać „zabieg operacyjny w przepuklinie uwięzgłej jest regułą, od której niema wyjątków", wszelkich prób odprowadzania przez lekarza należy zasadniczo zaniechać — a odprowadzanie przepuklin uwięzgłych winno być uznanem za zabieg w rękach lekarza nie dozwolony mogący tylko nawet w pierwszej godzinie uwięzgnięcia (jak w przypadkach opisanych przez Sängera z kliniki w Tübingen) przynieść choremu nieobliczalne w skutkach nienadające się nigdy przewidzieć następstwa.

Już w roku 1902 w płomiennej swej pracy zatytułowanej *»Weg mit der Taxis«* poleca Lanz wykreślić odprowadzanie przepuklin uwięzgłych z działu dozwolonych zabiegów lekarskich i rzuca pytanie, czy przy dzisiejszym stanie rozwoju naszej techniki operacyjnej, pewności naszej aseptyki, odprowadzanie uwięzgłych przepuklin odpowiada godnie stanowi naszej wiedzy lekarskiej i poczuciu odpowiedzialności.

Podobnie wypowiada się też w pracy swej także Wenzel.

Wszak odprowadzając przepuklinę uwięzgłą nigdy nie wiemy, czy jelito uwięzgłe nie ulegnie później zgorzeli, czy naczynia krwionośne skądinąd zmienione, jak przy miażdżycy, kile i t. p., skutkiem krótkotrwałego choćby ucisku nie uległy już takim zmianom, jak zaczopowanie, zakrzep, w następstwie czego jelito odcięte od dopływu krwi ulegnie już później zgorzeli.

Jakże często zdarza się zresztą, że jelito zrośnięte jest z workiem przepuklinowym, zrosty zaś przy próbach odprowadzania mogą być przerwane i mogą być powodem dla nowych zrostów w wolnej jamie brzusznej, zrostów, mogących później wywołać objawy niedrożności. Szczególniej na prowincji, gdzie tak postawienie rozpoznania jak i ocena przypadku chorobowego musi już być sama przez się niedostateczną i dorywczą, gdyż chory po udzielonej mu „pomocy" usuwa się z oczu lekarza, winno być odprowadzanie przepuklin uwięzgłych przez lekarza uważane za zabieg wręcz wzbroniony i za błąd sztuki lekarskiej.

Odprowadzając przepuklinę uwięzgłą i tracąc chorego z oczu, lekarz nie może być pewnym, czy u chorego, zamieszkałego nieraz o parę mil, nie utrzymają się dalej objawy uwięzgnięcia *(Hernia en bloc reposita)*, czy chory ten przez to nie opóźni dla siebie pomocy lekarskiej w postaci zabiegu operacyjnego, który w pierwszych godzinach jest zabiegiem pewnym o śmiertelności równej zeru, zabiegiem, który jedynie pouczyć nas może o stanie jelita uwięzgłego, o tem czy jelito to choćby w pierwszych 7 lub 12 godzinach nie uległo już zgorzeli względnie takim zmianom w ukrwieniu, że resekcja jego jest już konieczną.

Przy dzisiejszym stanie techniki operacyjnej, przy której odsetek śmiertelności równa się zeru, przy wczesnej do 12 godzin wykonanej operacji przepuklin uwięzgłych wśród dzisiejszych sposobów operowania w znieczuleniu miejscowem osobników najbardziej schorzałych przy chorobach serca lub płuc winno się stanowczo przestrzegać wspomnianej przezemnie zasady, że zabieg operacyjny przepukliny uwięzgłej od pierwszej chwili uwięzgnięcia jest regułą, od której niema wyjątków.

Niezmiernie pouczającym przypadkiem, świadczącym jak nieobliczalnym zabiegiem może być nieraz odprowadzenie przepukliny, wykonane choćby „z wszelką łatwością" w pierwszej godzinie uwięzgnięcia i jak ostrożnym należy być w ocenie przypadków chorobowych jest przypadek, który miałem sposobność obecnie operować:

Józef K. rolnik, przywieziony do szpitala podaje, że dzień przedtem na jarmarku w pobliskiem miasteczku kopnął go koń w części rodne i w przepuklinę mosznową prawostronną istniejącą od 30 lat. Natychmiast po urazie poczuł silny ból w obrębie przepukliny przedtem wolnej, a teraz nie dającej się odprowadzić. Zgłosił się natychmiast do miejscowego lekarza, który mu przepuklinę »z wszelką łatwością« odprowadził. Chory czuł jednak dalej silny ból rozprzestrzeniający się po całym brzuchu i był tak osłabionym, że pozostał (na szczęście) na miejscu nie wracając do domu; wymiotów nie miał. W nocy ból zwiększył się znacznie, przyczem przepuklina z powrotem wypełniła się, stała się bolesną i nie dającą się odprowadzić. Ze względu na stan chorego, z godziny na godzinę coraz gorszy, wysłał go lekarz na drugi dzień do tutejszego szpitala celem operacji przepukliny uwięzgłej, która »mimo odprowadzenia opuściła się znów w nocy na dół i uwięzgła«.

U chorego apatycznego, o fatalnym wyglądzie twarzy, z powłokami brzusznemi deskowato napiętemi i bolesnemi, z tętnem bardzo przyśpieszonem, rozpoznałem ostre zapalenie otrzewnej powstałe z urazowego przedziurawienia jelita w obrębie przepukliny mosznowej prawej. Na żołędzi prącia stwierdziłem małe podbiegnięcie krwawe wielkości bobu pozatem nigdzie żadnych zewnętrznych śladów obrażeń. Przy wykonanym natychmiast (28 godzin po wypadku) zabiegu operacyjnym (hernio-laparotomja) w uśpieniu eterowem stwierdziłem stan następujący: powłoki skórne, tkanka podskórna i błona surowicza silnie krwią podbiegłe; po otwarciu worka przepuklinowego wycieka obficie płyn brudny, żółtawo podbarwiony o zapachu kałowym. Treść worka stanowi sieć silnie nastrzykana, okryta złogami włóknika i otaczająca wokoło pętlę jelita biodrowego, pękniętą na szczycie naprzeciw przyczepu krezki Z otworu w miejscu pęknięcia wielkości ziarna grochu wypływa obficie treść kałowa. Stwierdza się przepuklinę nieuwięzgłą; z wolnej jamy brzusznej wylewa się obficie płyn mętny, żółtawy ze strzępami kału. Wykonano wycięcie jelita w okolicy pęknięcia na długości około 10 cm. i założono w typowy sposób boczne połączenie jelit (*enteroanastomosis lateralis*). Sieć oczyszczono mechanicznie z kału i złogów włóknika, okryto nią miejsce szwów jelitowych i zapuszczono w całości do jamy brzusznej zakładając w okolicę parę sączków z gazy wyjałowionej. Ranę częściowo zaszyto. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, wikłany jedynie silną polaparotomijną rozstrzenią żołądka — pozwolił choremu przebyć szczęśliwie istniejące posokowate zapalenie otrzewnej i ujść grożącej mu śmierci.

Niechże więc z takim zapałem głoszone jeszcze w roku 1902 przez Lanza zdanie: Precz z odprowadzaniem! znajdzie u nas swoje, należne mu uznanie szczególniej w szeregach tych lekarzy, którzy w swej prywatnej praktyce w dorywczym znajdą się zetknięciu z przepukliną uwięzgniętą — oko w oko z poczuciem odpowiedzialności za niebezpieczeństwa i szkody, jakie przynieść może choremu odprowadzanie w porównaniu z bezpiecznym zabiegiem operacyjnym, który w pierwszych godzinach jest zawsze zabiegiem łatwym i pewnym i śmiało może być w znieczuleniu miejscowem wykonanym.

Piśmiennictwo:

1) Slęk: Polska Gazeta Lekarska 1922. — 2) Haberer: Wien. klin. Woch. 1903. — 3) Sänger: Bruns Beiträge Bd. 68. 1910. — 4) Wenzel: Zeitschr. f. ärztl. Fortbd. 1905. — 5) Lanz: M. med. Woch. 1902.

Oceny i sprawozdania.

Eppinger, Papp i Schwarz. **O astmie sercowej. Próba patologji krążenia obwodowego.** Stronic 217. Rys. 39. Berlin 1914.

Praca niezwykłej wartości zarówno dla wyników bezpośrednich, o jakie wzbogaca klinikę, dla pięknej metodyki badania, jak i dla ilości myśli ubocznie nasuniętych. Wychodząc ze spostrzeżenia klinicznego nad zachowaniem się krwi w uciskanych żyłach ludzi dotkniętych astmą sercową, postawił Eppinger hipotezę o zależności objawów tego cierpienia od zbyt szybkiego prądu krwi w naczyniach; napad astmy ma być skutkiem czynnego przepełnienia płuc krwią. W celu sprawdzenia słuszności tej hipotezy, wypadło przedewszystkiem znaleźć metodę pozwalającą na ścisłe określenie tej szybkości. Trzy metody autorzy wypróbowali, przyczem najmniej dała im metoda pletysmograficzna, więcej — metoda t. zw. krwawa (obnażania tętnicy przed jej nakłuwaniem), najwięcej — metoda t. zw. gazowa. Obie ostatnio wymienione metody opierają się na poszukiwaniu różnicy w zawartości tlenu we krwi tętniczej a żylnej: im wolniej krew spływa z tętnic do żył, tem więcej traci tlenu do tkanek; i na odwrót. Stąd rozmaitość we wspomnianej różnicy.

Ustalając objawy astmy sercowej, tak je autorzy streszczają: napad występuje nagle, bez wyraźnego powodu, najczęściej nocą; chory budzi się z uczuciem braku tchu; mamy więc szybkie, głębokie oddychanie i uczucie strachu. Pokaszliwanie, częste wykrztuszanie plwocin krwistych. Tętno przyśpieszone, granice serca przesunięte na lewo. Przy wysłuchiwaniu płuc — w częściach dolnych rzężenia; w skiaskopji — przepełnienie płuc płynem. Żyły szyjne często przepełnione krwią, ale — z początku przynajmniej — nie ma sinicy. Chorzy chętnie się poruszają (w przeciwieństwie do napadu duszności czysto sercowej). Napady bywają bardzo rozmaitego natężenia, od lekkiego uczucia ucisku i potrzeby wykonania kilku głębokich wdechów, aż do objawów kończących się obrzękiem płuc, a nawet zgonem. Na ból chorzy nigdy się nie skarżą.

Wspomnianemi metodami badania dowiedli autorzy, że napady t. zw. astmy sercowej zależą zawsze od zbyt szybkiego krążenia krwi.

Na szybkość krążenia krwi (czynnik dotąd mało uwzględniany) mają wpływ dodatni: przyjmowanie posiłków, pobudzenia psychiczne, alkohol; zwalniają tę szybkość: morfina, przewiązywanie kończyn. Ale środkiem swoistym w przypadkach astmy sercowej, okazał się pituglandol, szczególnie zastrzyknięty dożylnie.

Prócz przyczyny zasadniczej napadu, obwodowej, jaką jest przyśpieszenie biegu krwi, prowadzące do przepełnienia naczyń płucnych, czynnikiem etjologicznym ważnym jest stan serca lewego: jedynie wydolne serce lewe daje sobie radę z wypompowaniem do tętnicy głównej nadmiaru krwi, przepełniającego naczynia płucne. Dlatego obok środków zwalniających szybkość krążenia w większości przypadków wskazaną bywa i naparstnica.

Jak zaznaczono w nagłówku, czynią tu autorzy próbę rozwiązania zagadnienia roli czynnej krążenia obwodowego wogóle. Dla tego znajdujemy w tej pracy poruszony szereg zagadnień zasadniczych, jak np.: określenie wydolności naczyń włoskowatych; roli czynnej wątroby, jako tamy powstrzymującej nadmierny napływ krwi do serca prawego; jak — potrzeba odróżniania dwu niejako konstytucji, zależnie od dwu typów zaopatrywania tkanek w krew: bądź przez przepływ szybki, kiedy krew tętnicza mało tlenu (w odsetkach licząc) traci, bądź przez przepływ powolny, kiedy krew dużą część swego tlenu oddaje tkankom; jak, wreszcie, zagadnienie niezależności parcia w naczyniach od objętości krwi rzucanej w przeciągu jednostki czasu przez serce do naczyń.

Książka ze wszech miar godna pilnego przeczytania!

S. Sterling (Łódź).

Przegląd piśmiennictwa.

Presse médicale.

Nr. 3. 1924.

René Leriche. **Kikut zanikowy bolesny (kikut chudy).** Obok kikutów grubych istnieją mało dotąd znane kikuty cienkie. W kikutach tych wkrótce po amputacji zjawia się zanik mięśni, poprzedzony bólami. Zanik mięśniowy zwykło się tłumaczyć uciskiem przez aparat ortopedyczny. Że tak nie jest, dowodzi przytoczony przypadek chorego z amputacją obu kończyn dolnych powyżej stawów skokowych po zranieniu pociskiem. W 4 miesiące po operacji chory zaczął chodzić w butach ortopedycznych. Po 7 latach badanie wykazało, że podczas gdy kikut prawy jest w stanie zupełnie dobrym, kikut lewy przedstawia wybitne zmiany. Blizna twarda, pokurczona, łuskowata, z małem niegojącem się owrzodzeniem, przyrośnięta do kości nieco skośnie ściętej. Uderza nadmierne wychudzenie goleni i uda. Odruch kolanowy wzmożony, tętno wyczuwalne wzdłuż całej kończyny. Zanik mięśniowy z innemi objawami, jak bóle, owrzodzenia, wzmożenie odruchu kolanowego, należy przypisać jednej wspólnej przyczynie, a mianowicie zaburzeniom naczynio-ruchowym. W przypadkach, gdy po amputacji występują zaburzenia naczynio-ruchowe, typ anatomo-kliniczny zależy od miejsca amputacji. Po amputacjach w górnej części goleni i w części dolnej uda kikut bywa gruby i obrzęknięty. Kikut chudy spotykamy zwykle po amputacjach niskich goleni, gdy płat skórny jest za mały i przyrasta do kości. Leczenie polega na ścięciu kości w celu uzyskania dobrego płata skórnego, nie przyrastającego do kości. Nie ulega wątpliwości, że przyrośnięcie skóry do kości nie stwarza zaburzeń naczynio-ruchowych, lecz będąc przyczyną stałego zwężenia naczyń na końcu kikuta, utrudnia krążenie. Noszenie aparatu ortopedycznego również sprzyja tym zaburzeniom przez naciąganie skóry i powiększenie w ten sposób niedokrwienia okolic blizny. Poprawienie kikuta nie zawsze wystarcza, wskazane jest jeszcze wykonanie *sympathectomia periarterialis*, w celu uregulowania czynności naczynio-ruchowych obwodowych. Po takiej podwójnej operacji wyleczenie następuje prawie zawsze.

Nr. 5. 1924.

Bass, Soupault, Bronet. **Leczenie opatrunkami ze szczepionek.** Prof. Besredka w szeregu artykułów dał wyraz poglądowi na istotę uodpornienia, a mianowicie, że uodpornienie nie jest wynikiem wytwarzania się przeciwciał w ustroju, lecz, że zakażenie jest zjawiskiem miejscowem i wywołuje tylko miejscowe zaburzenia i odczyny obronne, objawy zaś ogólne są tylko ich echem. Wychodząc z założenia, że dodatnie wyniki leczenia szczepionkami przeciwgronkowcowemi i przeciwpaciorkowcowemi mają swe źródło w uodpornieniu miejscowem, rozpoczął badania w tym kierunku nad świnką morską. Wprowadzając do ustroju rozmaitemi drogami szczepionki i zastrzykując następnie odpowiednie bakterje żywe, zauważył, że zastrzykiwanie doskórne daje trwalsze uodpornienie niż podskórne. Żeby dowieść, że szczepionka wchłonięta przez powierzchnię skóry daje także odporność, przykładał na brzuch morskiej świnki po poprzedniem usunięciu włosów z tej okolicy okład przepojony szczepionką na 24 godziny. Uodpornienie przeciwko danemu zarazkowi było większe niż przy stosowaniu szczepionki doskórnie, nie wywołując przytem żadnego widocznego miejsco-

wego odczynu. Dla ułatwienia wchłaniania przez skórę używał nie zwykłej szczepionki o zabitych bakterjach, lecz hodowli filtrowanych przez świecę.

Autorowie pierwsi zastosowali leczenie metodą miejscowego uodparniania według prof. Besredki u 30 chorych z zakażeniem gronkowcowem, paciorkowcowem lub prątkami błękitno-ropnemi w rozmaitych chorobach jak: zapalenie naczyń chłonnych, przetoki nie gojące się, ropnie, czyraki, zapalenie szpiku kostnego i t. p. Jako szczepionki używali filtrowanej przez świecę buljonowej hodowli z ropy chorego. Stosowali ją w postaci: 1) okładów w miejscu zakażenia. 2) Wkraplanie znacznych ilości do ran, szczególniej do przetok i 3) zastrzykiwania doskórnie naokoło miejsca zakażenia; w zakażeniu mieszanem używali dwu lub kilku szczepionek, w zakażeniu prątkiem okrężnicy stosowali szczepionkę do wewnątrz, podskórnie zastrzykiwali tylko wyjątkowo. Z przytoczonej kazuistyki (18 przypadków) wynika, że stosowanie swoistej szczepionki w miejsca zakażenia sprowadza znikanie stanu zapalnego miejscowego i ogólnych objawów po 2—3 dniach i szybkie gojenie się tkanek z powrotem zupełnej sprawności czynnościowej narządu.

Nr. 6. 1924.

Sénèque I. **Torbiel kości samoistna w wieku dorastania.** W ostatnich latach prace p. Le Gae, Testoud, Towarzystwa ortopedycznego francuskiego i Towarzystwa chirurgicznego rzuciły nowy promień światła na mało dotąd znaną chorobę — torbiel samoistną kości w wieku dorastania. Znana jest teraz dokładnie etjologja, symptomatologja, rokowanie i leczenie, lecz patogeneza nadal pozostaje niejasną.

Torbiel samoistna, aczkolwiek przedstawia ten sam obraz anatomo-patologiczny — odwapnianie beleczek kostnych — co i choroba Recklinghausena, choroba Pageta, zmięknienie kości, powinna być wydzielona z grupy tych pokrewnych schorzeń, jako oddzielna jednostka chorobowa, mająca jej właściwą symptomatologję i przebieg. Chorobę tę łagodnie przebiegającą spostrzega się najczęściej w wieku od 7 do 15 lat; płeć nie gra roli; w wywiadach nie znajduje się czynników usposabiających. Zwykłem umiejscowieniem są kości długie kończyn, szczególniej kość ramieniowa, udowa i piszczel, rzadziej strzałka i kości przedramienia, wyjątkowo kości stępu, śródstępia, nadgarstka i śródręcza. Torbiel jest zawsze pojedyncza, wielkości od orzecha laskowego do jaja, znajduje się w trzonie na granicy z nasadą, powiększa się w kierunku trzonu, oszczędzając chrząstkę nasadową. Ściankę torbieli tworzą, idąc od wewnątrz ku zewnątrz: 1) tkanka łączna o gładkiej powierzchni, 2) ścieńczona i rozdęta kość z częściowo odwapnionemi, częściowo zniszczonemi beleczkami, 3) zgrubiała okostna. Przez jamę torbieli przebiegają czasem pasma włókniste; zawartość stanowi płyn jasny lub krwawy, jałowy, zawierający krwinki czerwone i białe z przewagą limfocytów.

Guz ten należy zaliczać do grupy rzekomych torbieli z powodu braku istotnej cechy torbieli — pokrycia nabłonkowego. Obecność w ścianie torbieli tkanki chrząstkowatej i komórek olbrzymich szpiku (myeloplaxes) nie przemawia za pochodzeniem nowotworowem (teorja Virchowa i Nélatona); komórki olbrzymie są wyrazem miejscowego odczynu. Teorja urazowa, przyjmująca powstawanie torbieli w miejscu wylewu krwawego, nie wyjaśnia stałego umiejscowienia i przekształcenia tkanki kostnej w tkankę włóknistą. Doświadczenia na zwierzętach nie wykazują na miejscu urazu torbieli, przeciwnie istota gąbczasta jest mocniejsza i bardziej spoista. Teorja zapalna może być wykluczona dla braku objawów zapalenia: martwiaków i nawarstwień kości. Teorja troficzna ma najwięcej zwolenników, lecz nie jest poparta dokładnemi badaniami nad metabolizmem wapnia i rolą gruczołów dokrewnych.

Trzy objawy kliniczne — ból, guz i samoistne złamanie mogą zjawić się razem lub pojedynczo w rozmaitej kolejności. Ból jest nieznaczny. Guz wrzecionowaty, twardy, nie zrastający się z częściami miękkiemi, czasem chełbocący wyczuwa się na granicy trzonu i nasady. Złamanie może być pierwszym objawem; jest mało bolesne, z obrzękiem nieznacznym, bez tarcia. Często rozpoznanie może być ustalone tylko zapomocą roentgenogramu.

W różniczkowaniu torbieli z innemi schorzeniami kości wieku dziecięcego, jak: zapaleniem szpiku kostnego, kiłą wrodzoną, gruźlicą, bąblowcem, chrzęstniakiem, mięsakiem, chorobą Pageta, zmięknieniem kości, kruchością kości, chorobą Recklinghausena, zdjęcie roentgenologiczne jest nieraz niezbędne. W przypadkach gdzie i roentgenogram nie daje decydujących wskazówek wskazane jest wykonanie biopsji i badania anatomo-patologicznego. Leczenie jest wskazane w przypadkach dużych powiększających się torbieli lub po złamaniu nie zrastającem się i polega na częściowem wycięciu guza i wyłyżeczkowaniu. Dla uniknięcia powtórzenia się złamań wskazane jest przeszczepienie kostno-okostnowe.

Nr. 7. 1924.

Fr. Quervain. **Śmiertelność po operacji wola zwykłego.** Operacja wola, jako dająca zbyt dużą śmiertelność, była w r. 1750 odrzucona przez Akademję lekarską. Obecnie odsetek śmiertelności wynosi mniej niż jeden, a wielu chirurgów nie miało ani jednego przypadku śmierci na 500 wykonanych zabiegów. Statystyka autora obejmująca 2200 operacyj wola zwykłego po wyłączeniu nowotworów złośliwych, choroby Basedowa i stanów zapalnych, wykazuje 0,86% śmiertelności; ułożona zaś według wieku daje krzywą wzrastającą z latami- Poniżej 40 lat na 1682 operacyj miał jeden przypadek śmierci, czyli 0,06%. Od 40 do 50 lat — 1%, 50—60 lat 4,1%, 60—70 lat — 20%, 70—90 — 25%.

Dzięki udoskonalonej technice sam zabieg jest niewinny, śmiertelne są powikłanie i zapalenie płuc, wstrząs operacyjny i t. p. Z wyżej przytoczonych liczb można wnioskować, że śmiertelność wzrasta równolegle ze wzrostem niedokładności czynnościowych narządów krążenia i nerek. Z tego faktu należy wyciągnąć następujące wnioski: 1. trzeba skłaniać chorych do operacji przed 40 rokiem, nie odkładając na później; 2. nie wykonywać zabiegu po 40 latach jeżeli niema ucisku tchawicy lub podejrzenia na nowotwór złośliwy.

Trudne jest położenie chirurga w przypadkach ucisku tchawicy u osób w wieku powyżej 50—60 lat. Decydując się na operację, należy wykonać ją inaczej niż u młodych; trzeba ograniczyć się do usunięcia części uciskającej tchawicę, tembardziej, że u osób starszych nawroty są rzadkie. Oprócz tego należy wzmocnić czynność mięśnia sercowego przez podawanie naparstnicy, przeprowadzić leczenie dietetyczne w przypadkach moczówki lub zapalenia nerek. Dzięki takiemu postępowaniu udaje się zwykle uniknąć powikłań płucnych i wstrząsu operacyjnego, który po 40 latach jest powodem zejścia śmiertelnego prawie w 50% przypadków. Należy natomiast unikać operowania w okresie wybitnego zapalenia oskrzeli. Często jednak niedomoga serca i wynikające stąd zapalenie oskrzeli nie dadzą się usunąć przed zoperowaniem wola uciskającego; wyjście z tego błędnego koła jest nader trudne. Chory sam powinien wybrać pomiędzy chorobą, a ryzykiem zabiegu.

Statystyka śmiertelności operacji wola w tej samej mierze co i przepukliny ma znaczenie ogólniejsze, a mianowicie pozwala nam ocenić wpływ wieku na odporność ustroju. Do pewnego stopnia takie same dane wykazuje statystyka operacji kamicy żółciowej i zapalenie wyrostka robaczkowego *à froid* — szybki wzrost odsetka śmiertelności po 40 latach. Autor radzi przeprowadzić badania na szerszą skalę w tym kierunku i przy ocenie ryzyka zabiegu kierować się nie ogólnym odsetkiem śmiertelności lecz odsetkiem odpowiadającym danemu wiekowi.

Nr. 13. 1924.

Thomas Jonnesco. **Leczenie chirurgiczne dusznicy bolesnej.** Autor ogłosił w 1920 r. wyniki pierwszych operacji wycięcia nerwu współczulnego szyjno-grzbietowego w przypadkach dusznicy bolesnej. Obecnie opisuje 6 takich zabiegów wykonanych w latach 1916—1922 z wynikiem zależnym od stanu serca. W dwóch przypadkach z objawami posuniętej niedomogi sercowej chorzy zmarli w 4 dni po zabiegu wskutek postępującej niedomogi serca. U 4 chorych na pierwszy plan wysuwała się dusznica bolesna przy nader

nieznacznych zaburzeniach czynności mięśnia sercowego. U trojga z nich osiągnął zupełne i trwałe wyleczenie, trwające u jednego chorego lat siedm. Czwarty operowany w nieodpowiednich warunkach bez odpowiedniego instrumentarjum zmarł w 8 miesięcy po zabiegu. Autor tłumaczy zły wynik tej operacji pozostawieniem zwoju gwiaździstego. Zwój gwiaździsty tworzą dwa zwoje: szyjny dolny i pierwszy grzbietowy, przez niego przechodzą włókna nerwowe dośrodkowe serca i tętnicy głównej, dążąc do rdzenia i mózgu. Operacja, pozostawiająca dany zwój na miejscu, wbrew twierdzeniu niektórych chirurgów, nie daje trwałych wyników. Usunięcie lewego nerwu współczulnego w większości przypadków wystarcza, lecz czasem potrzebny jest zabieg dwustronny. Operację wykonywa się w znieczuleniu dooponowem szyjno-grzbietowem.

Metoda autora znalazła zwolenników jako jedyny zabieg wskazany przez fizjologję i dający dobre wyniki jest zabieg autora. *A. Żabczyńska* (Warszawa).

Nr. 16. 1924.

Sénèque. **Leczenie chirurgiczne dusznicy bolesnej.** F. Franck w 1899 r. pierwszy wypowiedział pogląd, że w dusznicy bolesnej wskazane jest wycięcie nerwu współczulnego szyjnego w celu wywołania przerwy w przesyłaniu podrażnień czuciowych pochodzenia sercowo-naczyniowego do ośrodków nerwowych. W 1911 r. Tuffier usunął splot nerwowy tętnicy głównej. W 1916 Jonnesco usunął całkowicie nerw współczulny szyjny wraz ze zwojem dolnym szyjnym i zwojem gwiaździstym. Odtąd w piśmiennictwie znane są 23 przypadki leczenia chirurgicznego dusznicy bolesnej: 18 operacji metodami mniej lub więcej zbliżonemi do metody Jonnesco, polegającemi na usunięciu całkowitem lub częściowem nerwu współczulnego szyjnego i 5 zabiegów Eppingera i Hoffera, polegających na przecięciu nerwu hamującego (n. depressor.). Na 23 operacji było 5 przypadków śmierci: 4 po wycięciu nerwu współczulnego (2 wskutek postępującej niedomogi serca, 1 z przyczyn niejasnych, 1 wskutek ogniska rozmiękczenia mózgu w okolicy zaopatrzonej przez tętnicę mózgową, środkową i 1 po przecięciu dwustronnem nerwu hamującego wskutek zapalenia płuc po tracheotomji z powodu porażenia strun głosowych i wynikłego stąd zwężenia krtani). Z pozostałych 18 przypadków, co do 7 wyniki są nieznane lub podane zbyt wcześnie po wykonaniu zabiegu (2 dni), 11 zaś może posłużyć do wyciągnięcia wniosków: 9 z nich jest wyleczonych (obserwacja powyżej 3 miesięcy), w 2 nastąpiła poprawa.

O ile zabieg proponowany przez Eppingera i Hoffera nie wydaje się racjonalny, o tyle zabieg Jonnesco w przypadkach ciężkich nie ustępujących pod wpływem leczenia jest wskazany, lecz powinien być uważany jako leczenie objawowe usuwające bóle.

Revue d'Orthopédie.

Nr. 2. 1924.

Lecène P. i Mouchet. **Zapalenie kości łódkowatej stępu.** Etjologja tego cierpienia, znanego również pod nazwą choroby Köhlera, dotąd niejasna. Köhler tłumaczy je nieprawidłowością rozwoju, Stumme i Schulze przypisują powstanie jego złamaniu kości łódkowatej przez zgniecenie, Roederer i Mouchet mówią o zaburzeniu w odżywianiu kości (*dystrophia*). Hipotezy te sprawy nie wyjaśniają.

Autorowie spostrzegali jeden przypadek, wyróżniający się z pomiędzy innych niewspółmiernością obrazu radjograficznego z objawami klinicznemi i rzucający pewne światło na patogenezę tej jednostki chorobowej. Klinicznie chorzenie przebiegało z objawami zapalnemi o dość silnem natężeniu, natomiast radjogramy wykazały zamiast dużego zniekształcenia kości i nadmiernego zwapnienia jej — tylko nieznaczne spłaszczenie kości łódkowatej i plamistą jej budowę. Plamistość kości pochodziła od zwapniałych ognisk tkanki kostnej.

Zestawiając ten obraz radjograficzny z pięcioma innemi, typowemi dla zapalenia kości łódkowatej stępu, autorowie przychylili się w ustaleniu rozpoznania na korzyść ogniska zapalnego pochodzenia prawdopodobnie gruźliczego. W myśl tego wykonano zabieg całkowitego usunięcia kości łódkowatej. Wobec stwierdzenia braku jakichkolwiek zmian na pdwierzchniach stawowych usuniętej kości pierwotne rozpoznanie samoistnego zapalenia kości łódkowatej znalazło swe potwierdzenie.

Badanie przekrojów usuniętej kości stwierdziło obecność pośrodku przekroju ogniska zapalnego ze szczątkami zmartwiałych tkanek. Żadnych drobnoustrojów ani na posiewach, ani na drodze szczepienia nie wykryto.

Autorowie rozpoznają tę sprawę chorobową, jako zapalenie szpiku kostnego, i wyrażają przypuszczenie, że jest ono podłożem anatomo-patologicznem dla większości przypadków zapalenia kości łódkowatej.

Z. Stankiewicz (Warszawa).

Journal d'Urologie.

Nr. 1. Styczeń 1924.

Antoine Dor. **Cystoskopja drogą nadłonową u chorych z operacyjną przetoką nadłonową (cystostomia).** Wobec szerokiego obecnie zastosowania operacyjnej nadłonowej przetoki pęcherzowej, cystoskopja tą drogą staje się metodą pożyteczną. Wiadomo jak ryzykowną jest cystoskopja drogą zwykłą u chorych z dażem zatrzymaniem moczu i wysoką azotemją: w zwężeniach cewki, małej pojemności pęcherza i silnych krwawieniach, cystoskopja normalna bywa niewykonalna. Również ujemną cechą normalnej cystoskopii jest trudność oglądania okolicy szyji pęcherza, która przeciwnie po cystoskopji nadłonowej jest w całości doskonale widoczna. W kilka dni po cięciu nadłonowem pęcherza można już stosować cystoskopję nadłonową, jako uzupełnienie badania otwartego pęcherza palcem, co w znieczuleniu miejscowem bywa nieraz utrudnione. Cystoskop używa się zwykły, jeśli otwór w powłokach za duży — można na cystoskop naciągnąć dren gumowy. Zbadać można nawet przy pojemności 20 gr. Technika bardzo łatwa, badanie zupełnie niebolesne. U prostatyków przed usunięciem gruczołu doskonale można się zorjentować w rodzaju i wielkości guza; w razie opóźnienia w zarośnięciu przetoki już po usunięciu guza łatwo ocenić powód: pasma bliznowate, części torebki i inne przeszkody, które tą drogą można usunąć zapomocą diatermji. W odnawiających się brodawczakach można je łatwo niszczyć tą metodą, tak w całym pęcherzu jak i w okolicy szyji, gdzie się najczęściej sadowią, a drogą normalną tak trudno bywają dostępne. Do wartości metody leczenia wznosi się cystoskopja nadłonowa w uchyłkach pęcherza, które tą drogą są łatwo dostępne i można je dokładnie przemywać przez cewnik moczowodowy z odpływem przez cewnik wprowadzony do cewki. Cewnikowanie moczowodów jest zupełnie możliwe drogą nadłonową, a bywa nieraz konieczne n. p. u prostatyków z poważnemi zaburzeniami nerkowemi, wymagającemi drenowania lub przemywania miedniczek. W jednym przypadku ciężkiego zapalenia nerki i miedniczki przy jednoczesnem zwężeniu cewki tylko tą drogą można było przemyć miedniczkę. Autor pracuje obecnie nad wykonaniem specjalnego cystoskopu grubszego kalibru z większem polem widzenia, któryby jeszcze ułatwił badanie.

Lilpop (Warszawa)

Zentralblatt f. Chirurgie.

Nr. 3. 1924.

M. Kirschner. **Kiedy należy operować chorych na kamicę żółciową?** Będąc zwolennikiem operacyjnego leczenia kamicy żółciowej, autor rozważa w jakim czasie należy chorego operować: w czasie ataku »na gorąco«, czy też »na zimno« ?

Większość chirurgów jest przeciwna operowaniu w czasie ataku, uważając taki zabieg za niebezpieczny ze względu na łatwość zakażenia jamy brzusznej, na trudność — względnie niemożliwość wypreparowania dróg żółciowych, na upadek sił chorego w czasie ataku i wreszcie ze względu na występującą w żółtaczce skłonność do krwawień.

Autor, opierając się na swoim bogatym materjale, wypowiada się stanowczo za operowaniem w czasie napadu »na gorąco«.

Stronę dodatnią operacji w czasie napadu widzi autor w łatwości oddzielania zrostów i wydzielania dróg żółciowych wskutek rozpulchnienia tkanek w okresie ostrego stanu zapalnego i zaoszczędzenie sił chorego przez wczesne usunięcie ogniska chorobowego. Zakażenia wolnej jamy otrzewnowej podczas operacji »na gorąco« możemy uniknąć przez należyte osłonięcie pola operacyjnego. Zwiększone krwawienie w czasie napadu nie stanowi przeciwwskazania dla operacji »na gorąco«, gdyż zabieg zato trwa krócej i utrata krwi jest niezbyt znaczna. Krwotoków pooperacyjnych autor nie spostrzegał, pomimo, że od półtora roku stosuje na swojej klinice operacje »na gorąco«. *Walc* (Warszawa).

G. Perthes. **Przyczynek do leczenia porażenia mięśnia kapturowego zapomocą plastyki mięśniowej.** Zupełne porażenie mięśnia kapturowego powoduje jak wiadomo opuszczenie przykarkowego odcinka łopatki, całego karku i ograniczenie lub zniesienie bocznego podnoszenia ramienia, mięsień zaś, dźwigacz łopatki *(levator scapulae)* podnosząc wewnętrzny górny kąt łopatki jeszcze bardziej wzmaga to wadliwe ustawienie. Fakt ten spowodował Perthes'a do przeszczepienia tego mięśnia wraz z przyczepem kostnym do grzebienia łopatki. Przypadek dotyczył 19-letniego mężczyzny, który wskutek przebytej w dzieciństwie operacji na szyji miał zupełnie porażony lewy nerw dodatkowy (XII para). Oprócz utrudnienia ruchów w stawie barkowym chory miewał bóle promieniujące w ramieniu i w plecach. Po wykonaniu wspomnianego wyżej zabiegu, kończynę unieruchomiono na cztery tygodnie. Po 9 tygodniach stwierdzono jednakowe ustawienie barków; podczas unoszenia ramienia przeszczepiony mięsień wyraźnie się kurczył. Chory nie odzyskał całkowitego ruchu unoszenia ramienia do góry, jednak mógł godzinami ciężko pracować bez bólu.

K. Mermingas. **O leczeniu złamań.** Cała trudność leczenia złamań polega na trudności zniesienia przemieszczenia odłamków, o co obwinia się mięśnie wskutek: 1. ich ruchów dowolnych, 2. właściwego napięcia, 3. skurczeń wywołanych przez złamanie, 4. właściwości fizycznych mięśni — skurczeń elastycznych. Doświadczenie na świeżym trupie przekonywa, że złamana kończyna natychmiast wykazuje typowe skrócenie i skręcenie na zewnątrz. Ze zwykłych metod leczniczych tylko stały wyciąg może zwalczać te czynniki. Mając raz do czynienia z wadliwie wyleczonem wojennem złamaniem uda, które jeszcze nie uległo konsolidacji, autor wpadł na myśl, aby poprawić warunki lecznicze przez rozległe przecięcie przyczepów mięśni. Na drodze otwartej przeciął przyczepy mięśni przywodzących udo, w dole zaś podkolanowym ścięgno mięśnia dwugłowego, półścięgnistego i półbłoniastego i przez to uzyskał znaczne ułatwienie w zestawieniu odłamków. Odbudowa ciągłości i czynności mięśni w końcu leczenia była zupełna. Przypadek ten pobudził autora do doświadczeń na trupie, przyczem okazało się, że do dobrego ustawienia odłamków przeszkodę stanowią nie tylko mięśnie, lecz także skóra i powięź. Wobec tego w dwóch przypadkach oprócz przecięcia mięśni zastosował okrężne przecięcie skóry i powięzi w różnych płaszczyznach. Na skórę, wskutek znacznego rozejścia się musiał założyć szew ciągły. Zdaniem autora należy stosować ten sposób dopiero w 10 dni po złamaniu, by zdążyła się wytworzyć tymczasowa kostnina, a to dlatego: 1. by w pierwszym okresie odczynu zapalnego kończynę zostawić w spokoju; 2. by nie nastąpił przedwczesny zrost przeciętych mięśni. Autor uważa doniesienie za tymczasowe, nie przesądzając dalszych losów nowej metody. *Tomasz Wiśniewski* (Warszawa).

Nr. 4. 1924.

Ernst Metge. **Śmierć wskutek krwawienia po zespoleniu żołądkowo-jelitowem.** Wobec sprzeczności zdań co do wyboru stosowania resekcji lub zespolenia żołądkowo-jelitowego, autor podaje do wiadomości 4 własne przypadki śmierci wskutek krwawienia po zespoleniu żołądkowo-jelitowem. We wszystkich tych przypadkach krwawienie, jak to stwierdziło badanie pośmiertne, pochodziło nie z miejsca operacyjnego, lecz z pozostawionego wrzodu żołądka lub dwunastnicy. W przypadkach wymienionych wykonane było jedno zespolenie żołądkowo-jelitowe tylne (*gastroenterostomia retrocolica post.)* i trzy zespolenia żołądkowo jelitowe przednie (*gastroenterostomia antecolica anterior).*

Gerhard Tillmann. **W sprawie cięcia powłok brzusznych w przypadkach obustronnej przepukliny pachwinowej.** Autor krytykuje cięcie pachwinowe, stosowane w operacji Alexandra Adams'a i w obustronnych przepuklinach pachwinowych. Cięciu temu zarzuca trudność tamowania krwi w dolnym kącie rany, niedostateczne odsłonięcie trójkąta pachwinowego i zbytnie miażdżenie tkanek hakami, co powoduje gojenie »*non prima intentione*«.

Autor proponuje stosowanie cięcia Liepmann'a, używanego przez niego do operacji Alexandra Adams'a, które jest zmienionem cięciem Pfannenstiel'a. Cięcie to łukowate, przeprowadzone na palec poprzeczny ponad guzkiem łonowym w obie strony, przecina skórę, tkankę podskórną i powierzchowną powięź do rozcięgna zewnętrznego mięśnia skośnego brzucha i odsłania rozcięgno tego ostatniego, oraz wiąz Pouparta i zewnętrzny pierścień pachwinowy. Brzegi rany dają się łatwo rozciągnąć automatycznemi hakami przez co umożliwia się dokładne podwiązanie naczyń i preparowanie wewnętrznego wiązu Poupart'a aż do przyczepu jego do guzka łonowego oraz drenowania na obie strony przez jeden otwór środkowy. *W. Grosserowa* (Warszawa).

C. Rahl. **Nowy sposób leczenia wykrzywień kości.** Z niekrwawych sposobów leczenia wykrzywień kości, jak wiadomo, względnie najlepsze wyniki daje metoda Anzoletti'ego i Roepke'go, polegająca na wywołaniu zaniku kości przez unieruchomienie w ciągu dłuższego czasu kończyny i następczem prostowaniu. Jednak w wielu razach nawet pomimo 3 miesięcznego unieruchomienia kościec pozostaje mało podatny. Autor na zasadzie doświadczeń, zmienił tę metodę o tyle, że dąży nie do otrzymania zaniku kości wskutek bezczynności, lecz do jej rozrzedzenia (*halistęresis*) przez podawanie do wewnątrz w pożywieniu takiej mieszanki soli, która w organizmie uwalnia więcej kwaśnych niż zasadowych połączeń, pozatem unieruchamia kończynę. Twierdzi, że po 8—12 dniach takiego odwapniania u dzieci 3—4 letnich, a nieco dłużej u dzieci starszych, kości stają się tak podatne, że dają się łatwo wygiąć o 30 do 40° bez stosowania zbyt wielkiej siły. Otrzymawszy prawidłowe ustawienie przechodzi do leczenia wapniowego i przeciwkrzywiczego. Bliższe szczegóły odwapniającej djety autor obiecuje podać później.

F. Franke. **Leczenie przetok gruźliczych zapomocą siarczanu miedzi.** Autor przypomina stosowany przed laty w gruźlicy chirurgicznej roztwór siarczanu miedzi i cynku. Wobec tego, że pasta Beck'a w wielu razach zawiodła, przeszedł od dwóch lat do używania roztworu powyższych soli w stosunku 6 gr. na 88 wody. Wyniki w wielu razach były dodatnie. Do zalet tego postępowania zalicza łatwiejszą przenikliwość niż pasty Beck'a i to, że zastrzykiwania tych soli nie hamują odpływu wydzieliny. Do cech ujemnych należy mocno przyżegające działanie na tkanki zdrowe. Dlatego radzi ochraniać skórę chorego naokoło przetok zapomocą tłuszczów, ręce zaś lekarza zapomocą rękawiczek. Wobec tego, że już jednorazowe zastrzyknięcie niszczy tkanki ziarninujące radzi odczekać działanie soli i powtórzyć zastrzyknięcie nie wcześniej niż po 3—4 tygodniach, by jednocześnie z chorą nie niszczyć i zdrowej ziarniny.

Słabsze roztwory autor stosował z powodzeniem w przetokach niegruźliczego pochodzenia w trudno gojących się przypadkach, jak n. p. w długotrwałych ropieniach sutka.

Nr. 5. 1924.

E. Baum. **Leczenie złamań kości udowej u dzieci zapomocą wyciągu drutem.** Autor stosuje od szeregu lat u dzieci w złamaniach kości udowej z przemieszczeniem wyciąg zapomocą drutu. Wkłuwa zgiętą igłę z drutem aluminjowo-bronzowym na wewnętrznej stronie stopy między ścięgno Achillesa a tętnicę piszczelową tylną i przeciąga drut na zewnątrz naokoło pięty. Obciążenie wyciągu doprowadza do 6—8 funtów. Sposób ten daje dobry dostęp do miejsca złamania i nie obraża delikatnej u dzieci skóry, a obok tego pozostaje bez wpływu na linje przyrostkowe kości. Martwicy

ścięgna Achillesa, ani też uszkodzenia tętnicy piszczelowej autor nie spostrzegał.

G. Klinger. **Prosty sposób znieczulenia ręki.** Opisawszy znany powszechnie przebieg końcowych rozgałęzień nerwu łokciowego, środkowego i promieniowego, autor w celu znieczulenia ręki podaje następujący sposób.

Nerw łokciowy i środkowy wyłącza według Brauna lub Härtel'a t. j. obu szuka w pobliżu stawu nadgarstkowego, a mianowicie: łokciowego przy ścięgnie mięśnia zginającego dłoń, łokciowego *(m. fl. carpi uln.)*, środkowego zaś między ścięgnem mięśnia dłoniowego długiego a zginającego dłoń promieniowego *(m. palmaris longus i m. fl. carp. rad.)*. W celu wyłączenia nerwu promieniowego należy wymacać ścięgno mięśnia ramienno-promieniowego *(brachioradialis)* o 4 palce powyżej stawu nadgarstkowego. Od strony grzbietowej wkłuwa się w tem miejscu igłę pomiędzy ścięgno a kość promieniową tak głęboko, aż wyczujemy ją na dłoniowej stronie i powoli wyciągając, zastrzykujemy 5 cm³ 2% roztworu nowokainy z adrenaliną. Dalej należy zastrzyknąć podskórnie na tejże wysokości ponad ścięgnem 3 do 5 cm³ 1% roztworu nowokainy aby wyłączyć nerw skórny przedramienia boczny (*n. cutan. antibr. lat.*). Prosty ten sposób stosuje z powodzeniem w przypadkach zapalenia pochewek ścięgnistych w ropowicach rąk, gdzie metoda infiltracyjna jest przeciwwskazaną.

Tomasz Wiśniewski (Warszawa)

V. C. Irk Abrud. **Przyczynek do operacyjnego leczenia olbrzymich, nieodprowadzalnych przepuklin.** Autor opisuje operowany przez siebie przypadek przepukliny, w którym był zmuszony wyciąć dużą część esicy. Przypadek dotyczy 56-cio letniego wieśniaka, cierpiącego na wrodzoną lewostronną przepuklinę pachwinową. Od 5-ciu lat powiększyła się bardzo i sprawia ciężkie dolegliwości. Moszna sięga poniżej połowy uda. Skóra na podbrzuszu i mosznie pokryta wypryskiem. Często napadowe bóle brzucha.

Po 10-cio dniowem przygotowaniu chorego operacja w znieczuleniu miejscowem. Worek przepuklinowy zmieniony zapalnie, chrząstkowato-twardy. Po otwarciu worka znaleziono pętlę esicy, na całej prawie przestrzeni przyrośniętą do ściany worka. Krezka esicy tłusta, na 2 palce gruba. Wycięcie pętli esicy długości 47 cm. Klinowe wycięcie krezki; szerokie boczne zespolenie. Zamknięcie wrót przepuklinowych sposobem Bassini'ego. Przebieg pooperacyjny pomyślny. Rana zagojona doraźnie.

Przypadek ten jest dowodem, że przy dobrem przygotowaniu chorego jednoczasowa resekcja okrężnicy może dać dobre wyniki.

G. Kelling. **Wycięcie odźwiernika w przypadkach wrzodu żołądka, położonego zdala od odźwiernika.** Autor opisuje 5 przypadków wycięcia odźwiernika wraz z częścią przedodźwiernikową, kiedy samego wrzodu na dnie żołądka ze względów technicznych wyciąć nie mógł. Dwa przypadki skończyły się śmiercią. I-szy w 4 dni po operacji z powodu zapalenia otrzewnej, II-gi w rok i 7 miesięcy z powodu raka, który się rozwinął w pozostawionym wrzodzie. Trzy przypadki skończyły się pomyślnie. Chorzy nie odczuwają żadnych dolegliwości, a nadkwaśność soku żołądkowego ustąpiła.

Jako wskazanie do resekcji odźwiernika i części przedodźwiernikowej uważa autor wrzód dna żołądka, technicznie trudno dostępny, który nie grozi przedziurawieniem w czasie operacji i nie ma cech zwyrodnienia rakowatego.

Szczególnie dobre są przypadki, w których niema drugiego wrzodu w dwunastnicy lub odźwierniku, w przeciwnym razie działanie resekcji na zmniejszenie się wydzielania kwasu solnego nie jest tak pewne.

W. Mintz. **Zapalenie wyrostka robaczkowego w przypadkach niedorozwoju części wstępującej okrężnicy.** Autor w ciągu 3 lat operował trzy takie przypadki, wbrew twierdzeniu Rappa, który sądzi, że podobne przypadki spotyka się częściej na sekcji niż podczas operacji.

We wszystkich tych przypadkach w dole biodrowym prawym, zamiast wstępnicy znalazł pętlę jelita biodrowego szeroko przyczepioną do tylnej ściany brzusznej, wstępującej pionowo w kierunku wątroby. Kątnica i wyrostek leżały w okolicy woreczka żółciowego, kątnica bezpośrednio przechodziła w poprzecznicę. We wszystkich tych przypadkach wyrostek był bezwzględnie chory. Bolesność odczuwali chorzy w okolicy punktu Mc. Burney'a. Dla uniknięcia podobnych niespodzianek autor radzi określić położenie kątnicy zapomocą roentgenoskopji. Badanie to może również być pomocniczem w różniczkowaniu zapalenia wyrostka robaczkowego i pęcherzyka żółciowego.

J. Machowicz (Warszawa).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

»Warszawskie Czasopismo Lekarskie«.

Rok I. zeszyt 5. Treść: J. Polak: Z dziejów Warsz. Tow. Higjenicznego. L. Wernic: O eugenice i jej zadaniach. J. Adamski: Higjena mieszkaniowa w ustawodawstwie polskiem. J. Kowalczewski: Warunki hygjeniczne mieszkań pracowników rolnych. W. Dobrzyński: Warunki wcielenia w życie idei miast-ogrodów. H. Grundgand: Sprawa kąpielisk ludowych. O. Bujwid: Oczyszczanie wód użytkowych i ściekowych. W. Miklaszewski: Obecny stan organizacji walki z gruźlicą w Polsce. J. Szymański: Polska ustawa przeciwalkoholowa. F. Grodecki: Ustawa o uzdrowiskach w praktyce. L. Karpfówna: Rzut oka na rozwój dozoru nad żywnością w Polsce. R. Radziwiłłowicz: Najpilniejsze nasze postulaty psychjatryczne. H. Higier: Opieka społeczna w stosunku do dzieci psychopatycznych, umysłowo niedorozwiniętych i moralnie zaniedbanych. Ch. Gromski: W sprawie Narodowego Komitetu Opieki nad matką i dzieckiem. W. Osmólski: Współdziałanie wojska ze społeczeństwem na niwie fizycznego wychowania młodzieży. J. Zieliński: Higjena pracy. L. Anigstein; O nauczaniu medycyny podzwrotnikowej w Anglji. S. Tubiasz: »Wymiany« urzędników sanitarnych, urządzone przez Sekcję Higjeny Ligi Narodów. J. Supniewski: Preparat »205 Bayer«. Streszczenia i oceny. Zapiski lecznicze.

Nru 3 i 4 Redakcja nie otrzymała.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 27. lutego 1924.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 128.

Przed posiedzeniem naukowem wygłosił radca Miksiewicz odczyt p. t.: **„O banku polskim emisyjnym"**, poczem po odczytaniu protokółu posiedzenia z dnia 20 lutego nastąpiły pokazy chorych.

Kol. Biernacki: dwa przypadki **niedokrwistości złośliwej** — jeden Biermerowskiej z drugim nawrotem w stanie bardzo ciężkim. U chorej stwierdzono w przebiegu anemji skazę krwotoczną, z typowemi objawami: jak przedłużenie czasu krwawienia, dodatnim odczynem opaskowym, przy zachowanej jednak, dużej, bo 240000 wynoszącej ilości trombocytów. Drugi przypadek anaemji na tle kiły z obrazami krwi swoistemi dla niedokrwistości złośliwej, z poprawą po leczeniu specyficznem.

Kol Landau J. przedstawia przypadek **Spasmus nutans** u małego dziecka

W dyskusji:

Prof. Majewski twierdzi, że obserwacja przypadków *Spasmus nutans* z równoczesnem drżeniem gałek ocznych nasuwa przypuszczenie, że drgania oczu są ruchami kompensującemi poruszenia głowy i mają na celu usunięcie przykrego objawu pozornych, tańczących ruchów widzianych przedmiotów. Że *nystagmus* jest tu zjawiskiem wtórnem, a nie pierwotnem, to wynikałoby z tego, że widzimy niezliczone przypadki drżenia gałek ocznych u dzieci i u dorosłych bez równoczesnych ruchów głowy, na odwrót zaś rzadko się zdarza widzieć *spasmus nutans* bez równoczesnego oczopląsu. Jednakowoż przeciw takiemu kompensacyjnemu charakterowi drżenia gałek ocznych przemawiają wyniki ściślejszej analizy ruchów tak oczu jak i głowy. Ruchy te zazwyczaj nie są ani dokładnie synchroniczne, ani dokładnie antagonistyczne, a takiemi powinnyby być, gdyby się miały ściśle kompensować. Stądto trzeba przyjąć i taką możliwość, że tak *spasmus nutans*, jak i *nystagmus* mają jakąś wspólną przyczynę, że zatem są to raczej równorzędne, a od siebie bezpośrednio niezależne zjawiska.

Kol. Jabłoński: **preparat torbieli jajnikowej wielokomorowej** (*kystoma pseudomuc. multiloculare*), wychodzącej z lewego jajnika, okręconej o 360° około swej szypuły i pękniętej przed dokonaniem zabiegu operacyjnego z częściowem wylaniem się treści do jamy brzusznej.

Sprawa pęknięcia owej torbieli przedstawia się prawdopodobnie tak, że zmienione patolog. ściany torbieli wskutek skrętu

szypuły oraz wzmożone ciśnienie we wnętrzu torbieli były czynnikami usposabiającemi do jej pęknięcia wskutek już nawet bardzo nieznacznego urazu.

Kol. Wiśniewski: preparat dość rzadki ciąży pozamacicznej t. zw. *graviditas tubaria interstitialis rupta*. Jajo usadowiło się i rozwinęło w tej części jajowodu, która przechodzi przez ścianę macicy. Z tego względu, aby usunąć ciążę, musiano cięciem klinowem wyciąć część ściany macicy. Preparat wykazuje w jednem miejscu otwór, przez który wydostało się jajo do jamy brzucha. Płód i łożysko dobrze zachowane znaleziono w jamie brzusznej wolno leżące wśród skrzepów krwi.

Kol. Pawlas: a) przypadek **pergaminowej skóry barwikowej** (*Xeroderma pigmentosum*) u dziewczynki 10 letniej, gdzie poza zmianami barwikowemi i zanikowemi, poza licznemi poroszerzeniami naczyń skórnych i tworami brodawkowatemi — umiejscowionemi na kończynach górnych i dolnych, karku i twarzy, przyszło również do wytworzenia się nowotworów.

b) Przypadek **kiły złośliwej wczesnej** u kobiety 24 letniej, u której już w 5 miesięcy po zakażeniu pojawiły się liczne i rozległe wykwity brudźca syfilitycznego (*rupia syphilitica*).

c) Przypadek rzadkiego umiejscowienia (zgięcia łokciowe) **wczesnej wysypki kiłowej guzkowej** u mężczyzny 26 letniego.

Prof. Majewski przedstawia ugodzonego chorego przed tyg. cegłą w prawe oko. Pęknięcie twardówki w miejscu predylekcyjnem, t. j. przebiegające równolegle do brzegu rogówki, wzdłuż przewodu Schlemma, łukiem obejmującym górną $^1/_3$ część obwodu rogówki. Spojówka gałki, bardziej podatna i rozciągliwa niż twardówka, wytrzymała w tym wypadku napór ciśnienia i nie uległa przedarciu. Natomiast soczewka, wyparta ze swego łożyska, wymknęła się z oka w kierunku najmniejszego oporu i dostała się pod spojówkę gałki. Między rogówką a kącikiem nosowym szpary powiekowej tworzy ona charakterystyczną, żółtawo przeświecającą wypukłość, odpowiadającą jak najdokładniej, zarówno kształtem, jak wymiarami prawidłowej soczewce (*luxatio lentis subconiunctivalis*). Chory po wyrównaniu afakji zapomocą odpowiedniego szkła sferocylindrycznego ma już — mimo zaćmień pokrwotocznych — bystrość wzroku = 6/36. Soczewka zostanie wydobyta z pod spojówki, skoro tylko zamknie się i jako tako zabliźni rana twardówkowa.

Kol. Olbrycht na podstawie szeregu preparatów muzealnych przedstawia zmiany anatomo-patologiczne w przypadkach ostrego i podostrego i przewlekłego zatrucia arsenem.

Kol. Wachtel omawia przypadek mięsaka na talerzu biodrowym prawym leczony naświetleniami Roentgena i pokazuje 2 roentgenogramy, wykazujące, że guz ten po naświetlaniu w przeciągu roku zamienił się w dobrotliwy osteomat.

Posiedzenie naukowe z dnia 5. marca 1924.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 124.

I. Kol. Zubrzycki przedstawia chorą, lat 36, u której stwierdzono guz wielkości głowy noworodka, o powierzchni guzowatej, mało ruchomy, leżący w okolicy pępka w jamie brzusznej jakgdyby w zrostach. Laparotomja. Guz wychodzi z gruczołów poza krezkowych, jest pokryty otrzewną i w obwodzie jego znajduje się cały szereg drobnych gruczołów. Jamę brzuszną zaszyto, badanie histologiczne wykazało typowe utkanie gruźlicze (rozpoznanie wahało się między gruźlicą a mięsakiem). Chora była naświetlana promieniami Röntgena, bardzo twardemi, przez filtr złożony z 0,5 mm Zn+5 Al, w ten sposób że cały brzuch był podzielony na 4 pola (10×15 cm) i na każde pole aplikowano $^1/_4$ H. E. D. aparat do głębokiej terapji Siemensa, lampa Coolidge'a. W sumie zastosowano 4 serje, w odstępach co 2—3 tygodnie. Guz zmniejszył się znacznie, do wielkości pięści.

II. Na oddział przywieziono chorą bez tętna, z objawami ostrej niedokrewności, w jamie brzusznej stwierdza się guz wielkości głowy, kształtu podłużnego. Chora zmarła w 10' po przybyciu. Sekcja wykazała ostrą niedokrewność wszystkich narządów jamy brzusznej, bardzo dużą ilość krwi wolnej, oraz guz wychodzący z lewego jajnika z szypułą świeżo o 360° skręconą. Guz był pęknięty na przestrzeni 1 cm pokryty świeżemi skrzepami; po ich usunięciu krew się jeszcze wylewała na zewnątrz. Powierzchnia guza miejscami pokryta otrzewną; mikroskopowo guz ten jest mięsakiem o komórkach przeważnie wrzecionowatych. Skręt szypuły doprowadził do przekrwienia biernego w guzie, to zaś przyczyniło się do pęknięcia guza i ono to głównie spowodowało krwawienie.

Oba przypadki powyższe zasługują na uwagę z punktu widzenia klinicznego; pierwszy jako wynik terapeutyczny, drugi zaś jako bardzo rzadki dowód na to, że skręt guza nie jest obojętny i bez odpowiedniej pomocy lekarskiej może doprowadzić do zejścia śmiertelnego.

Kol. Rajchman, jener. sekretarz Dep. Sanit. Ligi Narodów wygłasza odczyt p. t. **Zagadnienia z higjeny międzynarodowej**.

W bardzo ożywionej **dyskusji** zabierali głos kol. Kostrzewski, Janiszewski, Nowak, Godlewski, Gieszczykiewicz i prelegent.

Posiedzenie naukowe z dnia 12. marca 1924.

Przewodniczy płk. Krysakowski. Obecnych 91.

Prof. Latkowski omawia **znaczenie kliniczne elektrokardjografji**, a mianowicie dla rozpoznania zmian czynności serca, krzywa bowiem elektrokardjograficzna zależna jest od przebiegu podniety w mięśniu sercowym, zmienia się przy zaburzeniach w systemie przewodzącym, jak również przy zmianach masy i wielkości serca, zmiany jego położenia i zmian w otoczeniu serca. Pojedyncze załamki krzywej elektrokardjograficznej zmieniają się również pod wpływem zmian w głębszych lub powierzchownych warstwach mięśniowych komory. Załamek „T" staje się ujemnym jeśli podnieta trwa dłużej w końcu serca, nie na podstawie serca. Z wielkości załamków pojedynczych nie można wnosić o sile mięśnia sercowego. Wykład ten ilustruje elektrokardjogramami, uzyskanemi w najrozmaitszych przypadkach, między innemi situs viscerum inversus, szereg przypadków migotania przedsionków, przyczem zauważa, że w przypadkach migotania przedsionków fala przedsionkowa P może nieraz występować obok migotania.

Pokazuje dalej E. K. gramy dodatkowych skurczów serca, dalej z przypadku uszkodzenia prawego ramienia pęczka Hissa, elektrokardjogramy zbierane w agonji i po śmierci, jak również elektrokardjogramy przypadku arytmji na tle skurczów dodatkowych, zaburzeń przewodnictwa i arytmji ciągłej.

Kol. Biernacki przedstawia **modyfikację metody badania wysięków** w kierunku wykrycia komórek nowotworowych. Skrzep utrwalano przez 24 godzin w 4% formalinie i krajano na mikrotomie do mrożenia, poczem skrawki barwiono hematoksyliną i eozyną. Wśród delikatnej siatki skrzepu występowały grudki komórek nowotworowych (demonstracje preparatów).

Pozatem kol. Biernacki przedstawia przypadek **nowotworu śródpiersia**, wychodzącego z górnej części płuca lewego i dającego przerzuty do gruczołów nadobojczykowych i pachowych. Preparaty histologiczne (demonstrowano) nie rozstrzygają istoty nowotworu, gdyż utkanie zbliżone do Ca zaś charakter komórek nowotworowych do Sa. W związku jednak z obrazem klinicznym należy przyjąć Carcinoma bronchi sinistri.

Kol. Siedlecki przedstawia **wyniki badań surowic nowotworowych** i innych sposobem Botelha. W przypadkach nowotworów tylko w 53% uzyskano wynik dodatni, natomiast w innych w których nowotwor był wykluczony reakcja była dość częsta, bo w 12%. Rezultat ten pozostaje w sprzeczności z badaniami Guerina, Wilbaszewicza, Tyszki i Misiewiczównej, którzy dodatni wynik spotykali w 80—90%. Na podstawie własnych badań przychodzi do wniosku, że metoda ta mimo swej prostoty, nie daje pewnych wyników, gdyż w dużym odsetku nowotworów wypada ujemnie, wskutek tego nie może być rozstrzygającą rozpoznanie w przypadkach wczesnych lub wątpliwych.

Kol. Kościuszko informuje, że przerobił odczyn Botelha z surowicami 70 chorych. Z tego chorych na raka macicy (szyji i trzonu) było 13. Odczyn dodatni u rakowych chorych otrzymał tylko w 33.3%. U innych chorych i zdrowych otrzymał dodatni wynik w 10% przypadków. Wobec tego popiera zapatrywanie kol. Siedleckiego, że odczyn ten nie ma żadnej wartości praktycznej.

Pozatem w **dyskusji** zabierali głos: kol. Kostrzewski, Eisenberg i Zubrzycki.

Kol. Czapnicki wygłasza odczyt p. t. **„O działaniu pochodnych chininy w zapaleniach płuc"**. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji prof. Latkowski dodaje, iż z powodu uszkodzeń wzroku przy podawaniu optochiny, które nie zawsze były lekkie gdyż w 2 przypadkach praktyczna ślepota trwała przeszło 3 miesiące, bardzo dokładnie śledził w każdym przypadku podawania optochiny, czy nie ma jakich zboczeń w narządzie wzroku i wszyscy chorzy byli badani na oddziale ocznym przez prym. Witalińskiego. Przez kilka lat podawania optochiny nigdy żadnych zboczeń czynności narządu wzrokowego nie stwierdzano, gdyż podawano zawsze preparaty trudno rozpuszczalne, a więc optochinum basicum lub salicylicum 0.15 co 3 godziny i nie przekraczano 1.2 gr. pro die; przy djecie przeważnie mlecznej; nie podawano optochiny profilaktycznie w chorobach infekcyjnych i po operacjach, w celu zapobieżenia zapaleniu płuc, jak również poleca podawanie w innych chorobach jak n. p. w zwykłej grypie.

Posiedzenie naukowe z dnia 26 marca 1924.

Przewodniczy prof. Majewski. Obecnych 89.

Przyjęto na członka kolegę Pawłowskiego Ferdynanda.

Kol. Dzwonkowska wygłasza odczyt p. t. **»O wyrównaniu wad zastawki dwudzielnej«**. — (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji kol. Latkowski podnosi znaczenie bardzo trudnych doświadczeń przeprowadzanych przez prelegentkę w Zakładzie prof. Kleckiego dla zrozumienia mechanizmu wyrównawczego wad zastawki dwudzielnej. Szczególniej ważne jest stwierdzenie zwiększenia pracy komory lewej przy niedomykalności i zwężeniu ujścia żylnego lewego, co jest nowością dla lekarzy. Doświadczenia te zgadzają się z zapatrywaniem Strauba i innych i udowadniają że do wyrównania wady zastawki dwudzielnej, nie potrzeba wcale udziału komory prawej, gdyż podczas trwania kompensacji serce prawe, wedle doświadczeń dr. Dzwonkowskiej i innych, nie wykazuje zwiększenia pracy. Ciśnienie wzrasta tylko w przedsionku lewym i w żyłach płucnych, nie przechodzi zaś przez sieć naczyń włosowatych do komory prawej. Również ważne jest wedle prof. Latkowskie-

go stwierdzenie rozkurczowego ssącego działania komory lewej przy zwężeniu ujścia żylnego lewego wskutek czego wzrasta praca komory lewej. Sprawa ta była podnoszona przez Lenhartza, lecz nie została uznaną przez większość pracujących w tym kierunku jak i przez Gerhardta.

Kol. Glassner: sprawa udziału przedsionka lewego i komory lewej w wyrównaniu wad zastawki dwudzielnej nie była nigdy kwestjonowaną, natomiast pewne różnice zdań zakreśliły się co do udziału komory prawej. Doświadczenia prelegentki nakrywają się ze zdaniem większości, że prawa komora bierze udział w wyrównaniu. B. Lewy, który obliczał pracę poszczególnych odcinków serca w klgm., obliczył również i tę nadwyżkę pracy komory prawej. Nie wdając się w matematyczne wywody i do świadczenia na zwierzętach, śmiało możemy się oprzeć na wynikach autopsyjnych oraz objawach klinicznych; już bowiem przy względnych objawach niewyrównania niedomykalności zastawki dwudzielnej na pierwszy plan występują objawy ze strony komory prawej.

Pozatem nie podkreśliła prelegentka zasadniczej różnicy jaka zachodzi między rozszerzeniem komory, jako objawem osłabienia zdolności pełnego skurczu, a wydłużonym rozkurczem, który właśnie jest najważniejszym czynnikiem w wyrównaniu wad zastawki dwudzielnej.

Prof. Klecki wyjaśnia, że sprawa wyrównania zastawki serca lewego przedstawiała się bardzo niejasno nie tylko co do udziału serca prawego ale i lewego Przypomina doświadczenie Bascha robione na modelu i doświadczenia Gerhardta niezgodne z wynikami doświadczeń Bascha. Eksperymenta prelegentki wykazały po raz pierwszy, że przy istniejącej wadzie zastawki dwudzielnej praca komory lewej jest wzmożona i ciśnienie i ssanie jest większe. To jest rzecz najważniejsza. Nie powinno się tu już wchodzić w sprawy przerostowe jak to robi prelegentka. Przerost może być wywołany z najrozmaitszych powodów — jest to część składowa wzrostu, a to zależne od mnóstwa rozmaitych rzeczy. W ostatnich czasach patologowie wracają do pojęcia, że mięsień przerasta wtedy, gdy jest rozciągnięty (przerost odśrodkowy). Przerost nie musi być wynikiem wzmożonej czynności.

Prof. Latkowski w odpowiedzi kol. Glassnerowi obstaje przy swojem twierdzeniu, które popiera przemówienie prof. Kleckiego. W kwestji poruszonej przez prof. Kleckiego, że ważnem jest odróżnienie zwiększonej pracy mięśnia sercowego od przerostu mięśnia zauważa, że i klinicznie nie zawsze przy zwiększonej pracy mięśnia widzimy znaczny przerost jak n. p. przy niedomykalności zastawki dwudzielnej, w przeciwieństwie do bardzo znacznego przerostu komory przy zwężeniu zastawek aorty. Od czego to zależy nie wiemy, gdyż przy niedomykalności zastawki dwudzielnej jest praca komory lewej ogromnie powiększona wskutek braku czasu zamknięcia komory, wskutek nieprawidłowych oporów w przedsionku i skrócenia czasu wypływu krwi. Początkowe napełnienie komory jest też znacznie większe i pomimo tych wszystkich czynników, zwiększających pracę komory lewej, przerost mięśnia jest znacznie mniejszy, niż przy zwężeniu zastawek aorty. Dr. *Pawlas, sekr.*

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

VII. Posiedzenie naukowe z dnia 29. lutego 1924.

Przewodnicz prof. Zalewski. Obecnych 75.

Kol. Schramm przedstawia przypadek **złamania rzepki.** Zeszyto plecionką bronzową; zaraz po operacji chory wstaje. Efekt takiego postępowania, gdzie jak najwcześniej po zeszyciu, chory chodzi, jest zwykle bardzo dobry.

W dyskusji zabierał głos kol. Stauber.

Kol. Damański (oddział urologiczny K. Szpit. P.) przedstawia przypadek kamicy nerkowej.

U chorej z ropomoczem stwierdzono cystoskopowo gęstą ropę wydobywającą się z ujścia moczowodowego lewego. Chromocystoskopja wykazała opóźnienie wydzielania indygokarminu z obu nerek. Analiza moczów, uzyskanych oddzielnie z obu nerek wykazała mocz mętny, zawierający białko z nerki prawej, czystą ropę z nerki lewej. Zdjęcie roentgenowskie po wypełnieniu kontrastowem miedniczek, wykazało cienie po obu stronach.

Wobec widocznej niedomogi nerki prawej, mimo że nerka lewa przedstawiała worek zawierający ropę i kamienie, nerki tej nie wyjęto, lecz ją, po przepołowieniu i obfitem sączkowaniu, pozostawiono, ze względu na niedomogę nerki drugiej.

W dyskusji kol. Leńko wyjaśnia, że roentgenolog nie odróżnił cienia kamieni od cienia pochodzącego z bromku sodu. Zwyczajnie stan pozostałej jednej nerki poprawia się po usunięciu zropiałej, w tym przypadku trzeba było pewnej odwagi do zostawienia worka z części korowej nerki po wyścieleniu go gazą wioformową, gdyż zachodziła obawa, że nie całkiem sprawna prawa nerka nie podoła zadaniu.

Kol. Gruca: przypadek **Myositis ossificans** na tle urazu; tego rodzaju schorzenie ma widoki wyleczenia tylko na drodze operacyjnej.

Kol. Cieszyński przedstawia dwa przypadki zatykadła szczęki górnej, objaśniając technikę wykonania (metoda Gońki i Czerneckiego). Proteza jest bardzo cienka, stara się tylko o naśladowanie naturalnej przegrody między nosem i jamą ustną.

W dyskusji kol. Schramm podnosi, że jednak metoda operacyjna, w tych przypadkach przynajmniej, gdzie szczelina jest wązka, jest lepszą. Kol. Cieszyński: w przypadkach zwłaszcza rozszczepów wrodzonych, stosuje zatykadło tylko wtedy, gdy chory nie chce się zgodzić na operację, względnie gdy szczelina za szeroka i nie nadaje się do zeszycia operacyjnego

Kol. Leńko: a) preparat **pęcherza moczowego wyciętego w całości wskutek brodawczaka złośliwego,** zajmującego trójkąt pęcherza i okolicę lewego ujścia moczowodowego. Kilka tygodni przed tą operacją założył przetoki moczowodowe w okolicy lędźwiowej. Do usunięcia pęcherza wybrał drogę od kości krzyżowej z przedłużeniem czasowem jej dolnej części i przemieszczeniem odbytnicy, ponieważ najtrudniejsza część operacji odcięcie pęcherza od sterczu, woreczków nasiennych i moczowodów, jest ułatwione położeniem powierzchownem. Otrzewną oddzielił od pęcherza bez otwarcia jej, poczem przyszył odbytnicę na swojem pierwotnem miejscu. Niebezpieczeństwo ciężkiego zabiegu starał się zmniejszyć operowaniem dwuczasowo, czemu przypisuje, że chory zabieg wytrzymał.

b) Preparat **wyciętej całej cewki kobiecej wskutek zarośnięcia i ropni przycewkowych.** Nową cewkę utworzył z płatu przedniej części pęcherza z utrzymaniem niektórych włókien zwieracza.

Kol. Ziemilski: **„Znaczenie badania krwi według Schillinga do rozpoznania i rokowania** (ukaże się w druku)

W dyskusji kol. Sabatowski podnosi praktyczne znaczenie metody badania krwi ogłoszonej przez Krebsa na klinice Strümpla, polegającej na zużytkowaniu ilorazu neutrofilów i limfocytów (normalny wskaźnik około 2 5,; wzrost wskaźnika świadczy o niekorzystnym przebiegu danej sprawy). W Ameryce więcej polegają na stosunku ogólnej liczby białych ciałek do neutrofilów (metoda Walkera).

Kol Leńko i kol. Czobanówna podają przypadki, gdzie istotnie metoda Schillinga pozwoliła podejrzywać ropienie, objawione klinicznie w kilka dni później. Kol. Ziembicki potwierdza praktyczne znaczenie metody i podnosi teorję Naegeli'ego, wyjaśniającą stosunek wieku neutrofilów do ich budowy.

Kol. Pisek uważa, że metoda S. może być tylko pomocną badaniom klinicznym.

W odpowiedzi mówca zaznacza, że technicznie metoda S. nie jest uciążliwsza, niż obliczanie wskaźników według Krebsa i Walkera; można natomiast z niej wysnuć więcej wniosków djagnostycznych i prognostycznych, potrzeba jednak wielokrotnego badania krwi.

VIII. Posiedzenie naukowe z dnia 7. marca 1924 r.

Przewodniczący prof. Zalewski Obecnych 79.

Kol. Stuchły przedstawia przypadki: **a) cholecystitis acuta typhosa-appendicitis acuta.** Kobieta lat 28., przed 5. laty dur brzuszny. Na oddział przybyła z powodu nagłej gorączki, wymiotów i silnych bólów brzucha. Badanie wykazało brzuch wzdęty, deskowato napięty, zwłaszcza w okolicy punktu Mac. Burneya. Przypuszczając ostre zapalenie wyrostka robaczkowego z przedziurawieniem, wykonano appendectomię. Równocześnie jednak stwierdzono woreczek żółciowy silnie powiększony, pokryty częściowo nalotem włóknikowym. Nakłucie worka wykazało zrazu płyn przeźroczysty, później porcje ropy. Typowe wycięcie woreczka. Przewody żółciowe wolne; dren do łożyska woreczka. Przebieg operacji gładki Badanie bakterjologiczne ropy wykazało **»prątki paratyfusu B«.**

b) Kobieta 48 letnia od dłuższego czasu cierpiała na **przepuklinę udową wolną.** Dzień przed przybyciem do szpitala uwięźgnięcie przepukliny. Operacja radykalna przepukliny. W worku przepuklinowym uchyłek jelita cienkiego około 20 cm, kolbowato zakończony, o częściowo zgorzelinowych ścianach. Resekcja uchyłka w zdrowych częściach jelita i zespolenie jelit. Wyleczenie.

Kol. Dobrzański przedstawia chorą l. 63; przed 9 dniami przy jedzeniu zadławiła się czemś (najprawdopodobniej kością). Równocześnie uczuła nagły ból i trudności w połykaniu, które utrzymywały się przez kilka następnych dni. Gdy ból i trudności w połykaniu tak się zwiększyły, że chora z trudem bardzo małe tylko ilości płynu mogła przełykać, szukała porady w 9-ym dniu na klinice. Stan chorej był wówczas następujący: Ciepłota 37.3, bardzo znaczny obrzęk szyji po obu stronach krtani, bardzo znaczna bolesność na dotyk, zwłaszcza okolicy chrząstki pierścieniowej, *foetor ex ore.*

Laryngoskopowo: Bardzo znaczny obrzęk tylnej ściany gardła, chrząstek nalewkowych, zwłaszcza prawej, obrzęk więzadeł wrzekomych i prawidłowych, nieruchomość prawej połowy krtani.

Zachodziło pytanie, czy ma się do czynienia z tkwiącem jeszcze ciałem obcem w przełyku, czy też tylko ze zranieniem tegoż i wtórnem zapaleniem okołoprzełykowem?

Z powodu nagłości przypadku i ciężkiego stanu chorej, zaniechano czasowo prześwietlenia promieniami Roentgena, a przystąpiono do wykonania oesophagoskopji jako najpewniejszej metody rozpoznawczej.

Oesophagoskopja, ogromnie utrudniona z powodu silnego obrzęku i krwawienia, pozwoliła stwierdzić w pierwszej cieśni przełykowej t. j. na wysokości chrząstki pierścieniowej kość, która była tak silnie wklinowana, że za pierwszem założeniem kleszczyków Brüningsa udało się wyjąć jej kawałek, za drugiem również kawałek, a dopiero za trzeciem wyszła reszta kości za rurą oesophagoskopijną, kość była bowiem szersza od rury. Wyjęta blaszka

kostna o ostrych, nierównych brzegach jest około $3^1/_2$ cm długa, a $2^1/_2$ cm szeroka. Cbora uczuła ulgę w połykaniu i mogła bez trudności przełykać większe ilości płynu. Następowe leczenie bez powikłań. Nieruchomość prawej połowy krtani utrzymuje się dotychczas (8 dni po wyjęciu kości) i spowodowana jest najprawdopodobniej przejściem stanu zapalnego na nerw wsteczny prawy (n. recurrens d.). Mówca podkreśla rzadkie powikłanie przedstawionego przypadku, oświadcza się stanowczo przeciw sondowaniu na ślepo przełyku w razie podejrzenia na obecność ciała obcego i omawia dogodność przyrządów i ułożenia chorego przy oesophagoskopji.

Kol. A. Musiał wygłosił rzecz „**O gruźlicy oka**" (ukaże się w druku). *T. Falkiewicz.*

Lubelskie Towarzystwo Lekarskie *).

Posiedzenie naukowe z dnia 19 listopada 1923 r.

Przewodniczący kol. Drożdż. Obecnych 17.

Kol. Cynberg wygłasza referat: **leczenie cukrzycy w świetle najnowszych badań.**

W dyskusji zabierali głos koledzy: Płaczkiewicz, Arnsztajn, Garbaczewski, Bieniek, Wąsowski, Cywiński i Drożdż.

Kol. Płaczkiewicz wskazuje na podział cukrzycy przez M. Labbe'go na dwa zasadnicze typy: 1) bez zaburzenia równowagi azotowej i 2) z zaburzeniem tejże równowagi jakoteż na formy przejściowe; — podział oparty na składzie chemicznym krwi i moczu; o przystosowaniu przez Labbe'go leczenia do postaci cukrzycy; o zapatrywaniu Labbe'go na kwasicę, jako na objaw towarzyszący, a nie wywołujący *cama diabeticum*. Kol. Płaczkiewicz sądzi, iż insulina nie może być jednakowo skuteczną w każdym przypadku cukrzycy chociażby dlatego, że nie jest dowiedzionym udział trzustki we wszelkich postaciach choroby cukrowej; wiadomą bowiem jest rzeczą, iż cukrzyca nierzadko po za chorobą trzustki wiąże się z cierpieniami układu nerwowego, tarczycy i wątroby; że w niektórych przypadkach ciężkiej cukrzycy staranne poszukiwania histologiczne nie wykazały w trzustce żadnych zmian. Kol. Arnsztajn przytacza dane z piśmiennictwa i własnego doświadczenia, dotyczące symptomatologji, przebiegu i leczenia cukrzycy. Za dodatniem działaniem insuliny w cukrzycy wypowiadają się koledzy: Garbaczewski, Bieniek i Wąsowski.

Posiedzenie z dnia 4 grudnia 1924 r.

Przewodniczący kol. Drożdż. Obecnych 24.

1) Kol. Modrzewski: a) **preparat mięsaka klatki piersiowej** u 54 letniego chorego; mięsak w postaci guza, wielkości pięści dorosłego, wypuklał się tak nazewnątrz, jak i wewnątrz klatki piersiowej, co można było stwierdzić roentgenoskopją i został usunięty wraz z częściowo rezekowanemi 3. 4 i 5 cm; żebrami, które obejmował i zniszczył (łamliwość żeber wewnątrz guza); b) preparat **bąblowca wątroby** u 25 letniej chorej, wielkich rozmiarów, który zajmował i zniszczył cały prawy płat wątroby; w czasie operacji usunięto około litra płynu z worka bąblowca, poza powyższym wielkim pęcherzem usunięto jeszcze cztery małe; w trzy miesiące po dokonanej operacji na skutek podejrzenia, iż tworzący się w jamie brzusznej nowy guz jest posianym bąblowcem, wykonano laparotomję i tu przekonano się, iż ów wyczuwalny przez powłoki brzuszne guz jest silnie powiększonym lewym płatem wątroby; chora w 3 miesiące po drugiej laparotomji wypisała się ze szpitala jako zdrowa.

2) Kol. Drożdż wygłasza pierwszą część swego odczytu: **O różnych postaciach bólu głowy i ich leczeniu,**

3) Kol. Wąsowski składa sprawozdanie z akcji komisji w sprawie pracowni anatomo-patologicznej w Lublinie za ostatni miesiąc.

Posiedzenie z dnia 18 grudnia 1923 r.

Przewodniczący kol. Drożdż. Obecnych 19.

Kol. Drożdż wygłasza drugą część odczytu: **O różnych postaciach bólu głowy i ich leczeniu.** Definjując ból głowy, jako ból odczuwany wewnątrz czaszki, omawia sprawę, w jakiem miejscu obwodowego lub centralnego układu nerwowego ból ten powstaje i jakie przyczyny mogą go wywołać. Na pierwsze pytanie odpowiedzieć trudno; wiemy tylko, iż ból, odczuwany przez nos, jako ból wewnątrz czaszki, wywołany jest przez podrażnienie gałązek nerwu trójdzielnego, unerwiających oponę twardą. Co do czynników, wywołujących ból głowy, to takowe mogą być mechaniczne, chemiczne lub fizyczne. Najczęstsze są mechaniczne, z których największą rolę gra zwiększone ciśnienie wewnątrzczaszkowe. Bóle głowy dzieli się na 4 grupy. Jakkolwiek ból głowy zasadniczo nie jest chorobą, a jednym z objawów choroby, to jednak objaw ten często istnieje jako jedyny lub dominujący. Do drugiej grupy należą bóle głowy przy schorzeniach poszczególnych organów, do trzeciej bóle głowy przy schorzeniach ogólnych, do czwartej kombinacje różnych bólów głowy. Chory skarżący się na ból głowy, powinien być bardzo dokładnie zbadany; mówca szczegółowo podaje, na co należy zwracać specjalną uwagę przy badaniu. Następnie przechodzi do omówienia różniczkowego rozpoznania i leczenia poszczególnych grup bólów głowy przyczem do pierwszej grupy zalicza migrenę, bóle głowy neurasteniczny i reumatyczny; do drugiej ból głowy przy organicznych schorzeniach mózgu i rdzenia, płuc, serca, ból głowy u histeryków, ból głowy przy schorzeniach oczu, nosa, zębów, uszu, przewodu pokarmowego i nerek; do trzeciej grupy ból głowy przy chorobach zakaźnych, przy ostrych i przewlekłych zatruciach, przy anemji, blednicy i cukrzycy. Co do czwartej grupy, to kombinacje bólów głowy mogą być najrozmaitsze, najczęstsze są 1) migrena i ból reumatyczny; 2) migrena i ból, spowodowany cierpieniem nosa; 3) ból reumatyczny i neurasteniczny.

W dyskusji zabierali głos kol. Arnsztajn mówił, iż przy sklerotycznych bólach głowy dobrze działają nietylko jod i diuretyna, lecz i nitraty, przy zespole Menierowskim — punkcja lumbalna w białaczce benzol; wskazuje na wielkie bóle głowy przy odczynach anafilaktycznych, przy stosowaniu — argochromu. Kol. Wieszeniewski mówi o bólach głowy na tle malarji. Kol. Biliński — o kilkudniowych napadach migreny w spostrzeganym przez siebie przypadku wyłącznie w czasie perjodu. Kol. Płaczkiewicz zwraca uwagę na ciekawą pracę Head'a, w której autor wskazuje na ścisły związek, jaki istnieje między cierpieniem narządu wewnętrznego, przeczulicą na skórze i lokalizacją bolu w głowie; tak n. p. przy cierpieniach wątroby, kiszek, jajników i jąder istnieje w potylicy; przy schorzeniach dolnej części płuc, lewej komory serca i żołądka w okolicy wpustu istnieje przeczulica na skórze w obrębie 7-ej pary nerwów piersiowych i ból głowy w skroniach; w ogólności, im bliżej głowy położony jest chory narząd, w tem wyższych odcinkach nerwów piersiowych i szyjowych można stwierdzić przeczulicę skóry, a ból głowy lokalizuje się w kierunku od potylicy do czoła. Powyższą współzależność objawów autor tłumaczy sobie na drodze odruchowej między nerwami pneumogastrycznemi, a tylnymi korzonkami rdzenia i mózgiem.

Posiedzenie z dnia 4 stycznia 1924 r.

Przewodniczy kol. Drożdż. Obecnych 24.

Kol. Drożdż przedstawia 20 letniego rekruta z **objawami akromegalji**, szczególnie wybitnemi na kończynach górnych: palce rąk wydłużone i znacznie zgrubiałe, rozrost kości twarzy i stóp mniej widoczny. Przy badaniu promieniami Roentgena uwydatnia się spłaszczenie tureckiego siodła.

Kol. Jaczewski demonstruje 2 chorych: a) chorego z **perforatio palati mollis cum leucokeratosi linguae** na tle kiły i b) chorego z **syfilis papulo-pustulo ulcerosa**; u ostatniego chorego wysypka bardzo obfita zajmowała prawie wyłącznie kończyny i to przeważnie wyprostne powierzchnie; gruczoły, błony śluzowe, narządy płciowe nie były zaatakowane; tendencja wysypki do rozmieszczania się w postaci odcinków koła i Wassermann (4 plussy) we krwi ustaliły rozpoznanie; po wstrzyknięciu choremu do żyły pierwszy raz 0,15 neosalwarsanu wystąpił na 2-gi dzień bardzo wybitny odczyn Herxheimera — zaczerwienie w okolicy istniejących wykwitów i pojawienie się różyczki syfilitycznej na tułowiu, przedtem niewidocznej.

Kol. Wieszeniewski wygłasza referat na podstawie prac, umieszczanych w „La presse Médicale", o insulinie i jej zastosowaniu w cukrzycy.

W dyskusji zabierali głos koledzy: Biernacki, Wąsowski, Płaczkiewicz i Arnsztajn.

Posiedzenie z dnia 18 stycznia 1924 r.

Przewodniczy kol. Drożdż. Obecnych 19.

Przewodniczący zawiadamia o śmierci członka Towarzystwa ś. p. dr. medycyny Zdzisława Dmochowskiego, byłego profesora Uniwersytetu lwowskiego i kierownika Wojskowego Instytutu Sanitarnego; podnosi Jego zasługi dla nauki lekarskiej i sanitarjatu Wojskowego; odczytuje treść depeszy, wysłanej w imieniu Towarzystwa pod adresem Dowództwa Wojskowego Instytutu Sanitarnego i prosi o uczczenie pamięci Zmarłego przez powstanie z miejsc.

Kol. Cywiński mówi o **rzadkich powikłaniach przy odrze**, spostrzeganej u 19 chorych w Sierocińcu Nr. 2. do których zalicza, a) przypadek dyfterytu u 3 letniego dziecka na 6-ty dzień po wysypaniu się odry; przypadek ten pomimo wczesnego zastosowania 4 flakonów surowicy przeciwbłoniczej na drugi dzień zakończył się zejściem śmiertelnem; b) przypadek **zgorzeli sromu**, dotąd pozostający w leczeniu. Ponieważ nowe zachorowania na odrę wystąpiły na 3—5 dzień po skonstatowaniu pierwszego przypadku, kol. Cywiński sądzi, iż dałoby się uniknąć epidemji odry w ochronie, gdyby profilaktycznie była zastosowana surowica ozdrowieńców, jak to już praktykuje się gdzieindziej z najlepszym wynikiem; mniema, iż do przygotowania takiej surowicy, działającej nie tylko profilaktycznie, lecz i leczniczo na początku choroby, powołane są w pierwszej linji oddziały szpitalne z odrą; sam już taką surowicę przygotował i zamierza w przyszłości stosować.

W dyskusji zabierali głos koledzy: Płaczkiewicz, Cynberg, Garbaczewski i Waśkowski.

Kol. Czerwiński demonstruje: a) **kamień z pęcherza moczowego**, którego nie można było odszukać ani cystoskopem, ani zgłębnikiem, gdyż mieścił się w uchyłku pęcherza, natomiast dawał się wyczuć dwuręcznem badaniem; po przepiłowaniu w środku kamienia była ciągnąca się masa, zbity śluz, który służył za podstawę do rozwoju kamienia; b) **preparat macicy**, której szyjka została całkowicie zniszczona przez raka, nie przechodzącego na corpus uteri; macica z przyczyny znacznej otyłości chorej została usunięta przez pochwę.

*) Nadesłane Redakcji dn. 22. czerwca b. r.

Posiedzenie z dnia 4 lutego 1924 r.

Przewodniczy kol. Drożdż. Obecnych 17.

Kol. Drożdż demonstruje 21 letniego żołnierza z **nerwicą naczynio-ruchową** na stopach i rękach, trwającą od 3 lat, a wybitniej zaznaczającą się na lewostronnych kończynach, szczególnie na lewej stopie pod wpływem zimna, n. p. przez stanie bosą nogą na podłodze, palce na lewej stopie bieleją, podczas gdy grzbiet stopy staje się zimnym; po paru minutach i palce stopy również sinieją; wszystkie rodzaje czucia na rękach i stopach wybitnie obniżone; zmian przerostowych niema.

Kol. Wąsowski referuje obecny stan sprawy — pracowni anatomo-patologicznej w Lublinie.

Posiedzenie z dnia 18 lutego 1924 r.

Przewodniczy kol. Drożdż. Obecnych 12.

Kol. Drożdż demonstruje 22 letniego żołnierza, u którego podejrzewa **guz mózgu**. Chory w 1920 r. w czasie wojny został ranny kulą w czoło; rana była o tyle lekka, że chory nie porzucił oddziału i leczył się ambulatoryjnie; cały czas leczenia czuł się doskonale, mało zwracając uwagi na swoją ranę. W pół roku po zranieniu, w 1921 r. chory dostał napadu, który polegał na tem, że mu wykręciło w tył silnie prawą rękę, poczem stracił przytomność. Od tej pory miał kilka takich napadów, powtarzających się co kilka miesięcy: bólów głowy i wymiotów nie miewał; poza napadami czuł się dobrze. Obecnie chory przedstawia się następująco: dobrze zbudowany i odżywiany, ma siłę mięśniową w prawej ręce znacznie mniejszą, niż w lewej; wszystkie rodzaje czucia w prawej ręce obniżone; zaburzenie czucia, położenia palców w przestrzeni i astereognozja w prawej ręce dość wybitne; chory nie doznaje żadnych bólów; tętno nie jest zwolnione; źrenice oddziaływują prawidłowo, chory widzi dobrze; dno oka dotąd nie mogło być zbadane; narządy wewnętrzne w stanie prawidłowym; nie gorączkował i nie gorączkuje. Opierając się na napadach typu Jacksonowskiego i zaburzeniach czucia w prawej ręce, charakterystycznych dla zmian w płacie ciemieniowym, kol. Drożdż mniema, iż w danym przypadku ma się do czynienia, uwzględniając przebieg sprawy, z guzem mózgu; nie sądzi, aby przebyte przez chorego zranienie czoła miało związek z obecną chorobą.

W dyskusji zabierali głos kol. Cynberg i Krysiński.

Kol. Wieszenowski wygłasza referat: **o ewakuacji chorych i rannych na wypadek wojny według ostatnich przepisów, obowiązujących w armji polskiej.**

W dyskusji zabierali głos kol.: Garbaczewski, Cywiński, Lerkan, Krysiński, Stokawski i Drożdż.

Posiedzenie z dnia 4 marca 1924 r.

Przewodniczy kol. Drożdż. Obecnych 30.

Przewodniczący, zagajając posiedzenie, podnosi wybitne zasługi ś. p. dr. Aleksandra Jaworowskiego, tak na polu lekarskiem, jak i na terenie spraw społecznych, filantropijnych i kulturalnych i prosi zebranych o uczczenie Jego pamięci przez powstanie z miejsc.

Kol. Tołwiński kreśli szkic biograficzny Zmarłego z czasu Jego studjów gimnazjalnych i uniwersyteckich, zwracając uwagę, iż idea pracy społecznej stale towarzyszyła Jego poczynaniom już od najmłodszych lat. Obecnie był to już ostatni z żyjących lekarzy, którzy przed 50 laty brali udział w uroczystem otwarciu Towarzystwa. Kilkakrotnie piastował godność prezesa Towarzystwa, wreszcie został wybrany członkiem honorowym. W uznaniu Jego zasług T-wa lekarskie Krakowskie, Warszawskie i Łódzkie przesłały Mu również dyplomy członka honorowego.

Kol. Arnsztajn w swojem przemówieniu podnosi, iż rysem charakterystycznym ś. p. dr. Aleksandra Jaworowskiego było ukochanie zawodu i społeczeństwa, ukochanie najpiękniejszych cnót obywatelskich polskiego lekarza, czemu dawał codzienny wyraz jako lekarz-praktyk, jako lekarz szpitalny, jako członek Towarzystwa lekarskiego i jako działacz społeczny. Niezapomnianemi będą Jego zasługi dla takich instytucji, jak Bibljoteka Publiczna imienia H. Łopacińskiego, Sala Sierot, Szpital Dziecięcy, wreszcie Towarzystwo lekarskie.

Kol. Czerwiński mówi o stosunku ś. p. dr. Aleksandra Jaworowskiego do młodszych kolegów.

Po zakończeniu przemówień przewodniczący zawiadamia, iż członkowie Towarzystwa lekarskiego złożyli 350 miljonów marek dla uczczenia pamięci Zmarłego ś. p. dr. Aleksandra Jaworowskiego i proponuje podział powyższej sumy między instytucje, dla rozwoju których Zmarły położył największe zasługi.

Po dłuższej **dyskusji** postanowiono całą tę sumę przeznaczyć na Kasę Wsparć podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych.

Wreszcie postanowiono, aby obszerne streszczenie przemówień i całe sprawozdanie z posiedzenia pomieścić w prasie miejscowej, protokół posiedzenia przesłać rodzinie Zmarłego, a odpowiednie streszczenie sprawozdania z posiedzenia przesłać prasie lekarskiej. Portret Zmarłego członka honorowego Towarzystwa ś. p. dr. Aleksandra Jaworowskiego postanowiono zawiesić w sali posiedzeń Towarzystwa. *Płaczkiewicz*, sekretarz.

Związek Lekarzy P. P. Towarzystwo Lekarskie. Okręg Łucki*).

Uroczyste posiedzenie z dnia 19 października 1923 r.

Przewodniczy kol. F. Miłaszewski. Obecnych 14 i goście.

Prof. gimnazjum im. Tadeusza Kościuszki p. S. Krasicka wygłosiła odczyt p. t. **„Komisja Edukacyjna"**.

Kol. Wojnicz wygłosił odczyt o **„przepuklinach pooperacyjnych pachwinowych i udowych"**.

W dyskusji udział wzięli kol. Mininzon, Kubaszewski, Pemow i Jasiński.

Kol. Kubaszewski zaznaczył, że przypadki zapuszczone, w których dochodzi do zgorzeli jąder są nadzwyczaj rzadkie i w szpitalu pierwszy raz obserwowane.

Kol. Wojnicz wyjaśnił, że co się tyczy długości wyciętej pętli uległej zgorzeli kiszki, to bywa ona rozmaita. Barlocher n. p. wskazuje, że wycinać należy 6 cm od miejsca zgorzeli, Hofmeister wycina siedmiokrotną długość pętli uwięzłej, na klinice Krakowskiej wycinano 50—60 cm jelita przy zgorzelach Mikulicz zaś zaznacza, że jeśli dążyć do usunięcia zmienionej kiszki, to trzebaby usuwać niekiedy do dwunastnicy.

Posiedzenie naukowe z dnia 16. listopada 1923 r.

Przewodniczący kol. Miłaszewski. Obecnych 11.

Kol. Wojnicz, Kowalski i Lipiński pokazali dziewczynę M. P. 19 lat, prostytutkę z **wrodzoną wadą organów płciowych**, mianowicie z macicą dwukomorową, pochwą i błoną dziewiczą przedzieloną. M. P. pochodzi z rodziny zdrowej — matka żyje, rodzeństwo żyjące zdrowe, dwie siostry umarły w dzieciństwie. M. P. miesiączkować zaczęła w 17 roku życia, typ $\frac{2-3}{4}$ pozostał do dziś dnia, niewinność straciła w 18 roku życia. Od sześciu tygodni leczyła się z powodu rzeżączki. Przy badaniu zauważono w głębi przegrodę pochwową dość grubą, która w dziewictwie leżała poza przegrodą błony dziewiczej, odległa od niej w tylnym końcu o 3 cm, a o $2^1/_2$ cm w przednim; przegroda wcale nie była z pochwą zrośnięta Badanie pochwy wykazało, że lewa część jej jest przestronniejsza niż prawa; część pochwowa macicy z obydwu stron jest drobna i przylega szczelnie do przegrody pochwowej jednak zgłębniki maciczne można było wprowadzić bez przeszkody do obu połów macicy i w ten sposób zbadać, że macica na całej przestrzeni aż do ujścia zewnętrznego szyjki podzielona na dwie samodzielne połowy; głębokość lewej połowy macicy 5 cm, prawej zaś $4^1/_2$ cm. Ciało macicy pochylone w tył, dodatki z lewej strony powiększone i czułe przy dotyku.

W dyskusji zabierali głos kol. Miłaszewski i Mininzon, którzy wskazali na rzadkość podobnej wady rozwojowej; mowa była również o dwustronnem miesiączkowaniu i komplikacjach przy ciąży w podobnych razach.

Kol. Mininzon pokazał: 1) Chorego M. 24 lat, muzykanta z zawodu, u którego pod wpływem ciągłego ucisku instrumentu na podstawowym członku wskaziciela prawej ręki utworzył się guz — **torbiel nabłonkowy** — zawartość jego, jak wykazało badanie drobnowidowe, składało się z nabłonka naskórka i kropelek łoju.

2) Młodą dziewczynę z **mnogiemi włókniako-mięsakami skóry**, w postaci guzów różnej wielkości, umiejscowionych przeważnie na skórze przedniej powierzchni klatki piersiowej. Tkanka nowotworów wybujała dość znacznie i w niektórych miejscach zwisają one na długich nóżkach. Największy ma objętość kułaka. Po wycięciu skóra zabliźnia się, lecz jednocześnie powstają coraz nowe guzy. Ogólny stan i wygląd chorej dobry. Badanie histologiczne wykazało, że w danym przypadku jest to mięsak skóry (możliwie typu Kaposi'ego).

Posiedzenie naukowe z dnia 21 grudnia 1923 r.

Przewodniczy kol. F. Miłaszewski. Obecnych 17.

Kol. Mininzon pokazał chorą dziewczynę 12 lat, pochodzącą ze zdrowej rodziny, z **wrodzonym gigantyzmem 3-ch palców lewej stopy** (*macrodaktylia digitorum pedis congenita*).

Rozmiary — obwód stopy lewej 20,5 cm (praw. 18 cm), długość stopy prawej i lewej jednakowa (23,5 cm), obwód jej u podstawy palców 25 cm (prawej 19 cm), obwód palców III, IV i V. lewej stopy: 11 cm — 10 cm — 8 cm, prawej zaś stopy 5 cm — 5 cm — 5 cm, długość palców lewej stopy — 7 cm — 6,5 cm — 4 cm, prawej 3,5 cm — 3 cm — 2,5 cm. Uda rozwinięte jednakowo, obwód podudzia lewego o 3 cm przewyższa objętość prawego (27 cm l. i 24 cm pr.)

Kol. A. Wojnicz: Trzy **przypadki ciąży zamacicznej przerwanej**, które leczył operacyjnie z wynikiem pomyślnym raz przez cięcie brzuszne i dwa razy przez cięcie pochwowe.

I. M. W. 23 lata, mężatka, bezdzietna, dziedzicznie nie obarczona, rzeżączkę zaprzecza. Pierwsza miesiączka w 15 roku życia, typ $\frac{3-4}{4}$. Wyszła zamąż w 1917 r., mając 17 lat. 7 lutego 1920 r., po dwu miesiącach niemiesiączkowania, chora dostała nagle krwotoku wewnątrzbrzusznego. Przez laparotomję usunięto pęknięty jajowód lewy wraz z jajnikiem. Po operacji chora gorączkowała, w jamie Douglasa wytworzył się ropień, który otwarto od strony pochwy. W półtora miesiąca po operacji za-

*) Nadesłane Redakcji dn. 22 czerwca b. r.

częła miesiączkować, później stwierdzono typ $\frac{6-7}{4}$; 4 kwietnia 1920 r. opuściła szpital, zdrowa. 1. marca 1923 r. po 7-o tygodniowem zatrzymaniu się miesiączki znowu nagle dostała gwałtownego krwotoku wewnątrzbrzusznego z objawami, towarzyszącemi pęknięciu ciężarnej trąbki macicznej. W uśpieniu chloroformowem cięcie brzuszne w starej bliźnie: usunięto prawy jajowód pęknięty w cieśni i jajnik torbielowato-zwyrodniały. Po 3-ch tygodniach chora opuściła łóżko. W pół roku po operacji wyszła za mąż ponownie i wygląda dobrze. Perjodów niema wcale.

II. A. Ł. 22 letnia wieśniaczka wdowa, o rzerzączce nie wspomina. Miesiączkować zaczęła w 16-ym roku życia, typ $\frac{3-4}{4}$ w 22 roku wyszła zamąż, miała córkę. 5 września 1923 r. przybyła do szpitala w stanie gorączkowym (38° C) z nieznośnemi bólami w brzuchu i z krwawieniem z macicy. Przy badaniu stwierdzono bolesny krwawy guz otorbiony, wychodzący z jamy Douglasa i sięgający aż do pępka. Tylne sklepienie pochwy mocno wypięte poniżej szyjki macicznej, chełboce, ścianka pochwy nacieczona. Chora opowiada, że przed dwoma tygodniami dostała miesiączki po dwumiesięcznem zatrzymaniu się takowej, na trzeci dzień do miesiączki przyłączyły się silne bóle w dole brzucha i w krzyżu. Ponieważ objawy chorobowe (gorączka, dreszcze, bóle) wzmagały się, na trzeci dzień pobytu w szpitalu przystąpiono do operacji. W uśpieniu chloroformowem szerokie cięcie w sklepieniu pochwowem tylnem w kształcie litery T; odeszło przez nie około litra krwawo-ropnego płynu bez żadnego zapachu; było również dużo czarnych skrzepów. T° spadła, lecz po 5 dniach wyciek zamienił się na ropny i z mocnym złowonnym zapachem, a ciepłota przyjęła charakter intermittens Codzienne przemywanie jamy otorbionej wodą jodową (na 1 litr wody przegotowanej łyżeczka od herbaty Trae Jodi) stopniowo usunęła woń i gorączkę tak, że po 6 tygodniach leczenia chora opuściła szpital, czując się zdrową. Po 2-ch miesiącach stan dobry, pomimo iż parametrjum prawe było zajęte infiltratem twardym.

III. S M. lat 25, mężatka, wieśniaczka, na rzeżączkę nie chorowała. Miesiączkować zaczęła w 14 roku życia 2 dni i rok przerwy, następnie ustalił się typ $\frac{2-3}{4}$. W 16 roku życia wyszła zamąż, poczem typ miesiączki zmienił się $\frac{3-4}{4}$. W 11 miesięcy zaszła w ciążę i urodziła na czasie chłopca, który żyje i jest zdrów. W 4 lata urodziła córkę. Po roku karmienia dostała miesiączki, dziecko odłączyła i czuła się dobrze. Po pół roku a w tydzień po normalnem miesiączkowaniu, w czasie pracy, uczuła kolnięcie w krzyżu — roboty dokończyła. W nocy po mocnym śnie przebudziła się cała we krwi. Przez 2 miesiące, tydzień był krwotok z bólami w lewym dole biodrowym, a tydzień szły brudne upławy. Na proponowaną uprzednio skrobankę chora się nie zgodziła. Po tej chorobie pozostał ból w lewym dole biodrowym i typ miesiączki się zmienił $\frac{6}{3}$. W dwa lata po tym przypadku zaszła w ciążę, nosiła 2 miesiące, aż po cięższej robocie znowu dostała krwawienia i bólów o charakterze porodowym z umiejscowieniem w lewym dole. Gdy objawy chorobowe wzmagały się i gorączka nie ustawała po dwu tygodniach leczenia domowego — chorą przywieziono 27. XI. 1923 r. do szpitala. Tutaj stwierdzono guz krwawy, otorbiony przedmaciczny, przy T° 38·6 i umiarkowanem krwawieniu z macicy. Guz był wielkości główki noworodka i sięgał do pępka. Po zastosowaniu kompresów eterowych i pęcherza z lodem na brzuch bóle się uspokoiły, a po 2 dniach i T° spadła do 37°—37,5°, niewielkie zaś krwawienie, podobne do miesiączkowego trwało dalej Na życzenie chorej poprowadziliśmy leczenie bezkrwawe, polepszenie czasowe, wreszcie nawrót w postaci boleści w brzuchu, dreszczów i krwawienia z macicy; w tydzień potem przybyła do szpitala z T° 38—39°. Guz powrócił do pierwotnej wielkości i był bolesny. 13 marca w uśpieniu chloroformowem zrobiono szerokie cięcie w przedniem sklepieniu pochwy i założono gruby dren. Odszedł krwawo-ropny płyn bez zapachu; po 5 dniach zamienił się na ropny cuchnący. Kiedy po 9 dniach dren zaczął drażnić pęcherz, usunięto go i zastosowano przemywania jodowe przy pomocy kateteru Bosemana różnej grubości aż do zagojenia się rany, co nastąpiło 20. V. Chorej pozostał w lewem przymaciczu twardy infiltrat niebolesny, wielkości kasztana, zresztą stan dobry. Perjodu jeszcze nie miała.

W dyskusji brali udział prawie wszyscy obecni i przyszli do wniosków następujących: W pierwszym przypadku, gdy pęka jajowód ciężarny, nietylko można, lecz należy robić operację na miejscu, ponieważ były przypadki, że nawet przenoszenie przyprawiało chorą o śmierć, a tembardziej przewożenie. Obydwa razy chora była operowana w sześć godzin po zaczęciu się krwotoku, tyle bowiem czasu potrzeba było na przygotowanie się do operacji; stan chorej był bardzo ciężki, a jama brzuszna pełna krwi.

W drugich dwu przypadkach koledzy zgodzili się na przypuszczenie poronienia zamacicznego przy ciąży jajowodowej. W tym razie, kiedy się utworzy krwistek, najlepiej przewieźć chorą do szpitala i operować przez pochwę, byle cięcie było obszerne. W omawianych przypadkach cięcie w tylnem sklepieniu przepuszczało dwa palce, a w przedniem jeden gruby palec. Tej wielkości otwory dały jamom krwistekowym możność oczyścić się. Woń cuchnąca, która wystąpiła po kilku dniach, wskazywała na wtórne zakażenie jamy krwistekowej, lecz w rezultacie zejście dobre. Czy można uniknąć wspomnianego zakażenia wtórnego przy operacji przez pochwę, kol. Wojnicz nie mógł dać odpowiedzi, ponieważ pomimo zachowania ostrożności zawsze je miewał.

Co do leczenia dużych krwistków sposobem zachowawczym — koledzy byli opinji ujemnej.

M. Jasiński, sekretarz.

Sprawy zawodowe.

Okrąg małopolski Związku Lekarzy P. P. w Krakowie.

Protokół 263-go posiedzenia Wydziału z dnia 5 kwietnia 1924 r. Przewodniczący wita nowo obrany Wydział i zawiadamia, że 27 kwietnia b. r. odbędzie się w Warszawie Walne Zebranie Delegatów Związku Lekarzy P. P. Wzywa do wyboru Delegatów i dania im instrukcyj. Uchwalono z prowincji wysłać Kolegę Dra Ożgę z Turki nad Stryjem i kolegę Dra Sawickiegę z Kańczugi, z Krakowa Dra Cerchę i Dra Grzybowskiego. Uchwalono wnioski na Zjazd: 1) Jak najenergiczniejszy protest przeciw projektowanemu przez Zarząd Główny podziałowi Związku na obwody wojewódzkie. 2) Pogłówne ma wynosić od 1 do 2 złotych. 3) Wniosek o zmianę statutu w tym kierunku, by każdy nowo wstępujący członek składał zobowiązanie na piśmie »pod słowem honoru«, że będzie przestrzegał wszystkich zarządzeń Związku. 4) Wniosek, by Związek Lekarzy P. P. w Warszawie ujął w swe ręce sprawę organizowanej przez rząd pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych na koszt rządu i jak najenergiczniej przeciwstawił się formie, w jakiej rząd tę pomoc wprowadza. W sprawie tej ma się Związek porozumieć z Naczelną Izbą lekarską celem współdziałania. 5) Wniosek, by Zarząd główny zwrócił się do Ministerstwa Spraw wojskowych z przedstawieniem, by zabroniło lekarzom wojskowym, będącym w czynnej służbie, przyjmowania posad lekarskich cywilnych, albowiem przez to popadają oni w zatarg z lekarzami cywilnymi, przyjmując posady bojkotowane przez Związek Lekarzy P. P. 6) Wniosek w sprawie paszportów. 7) Wniosek w sprawie telefonów.

W sprawie nieporozumień, które wybuchły w Obwodzie przemyskim, uchwalono wysłać wiceprezesa Okręgu celem pośredniczenia.

Protokół 264-go posiedzenia Wydziału z dnia 12 kwietnia 1924. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia wybrano Komitet redakcyjny Okręgu małopolskiego dla »Nowin Lekarskich«. W skład jego weszli: Dr. Stahr, jako przewodniczący, członkowie prezes Dr. Cercha, Grzybowski, Nartowski, Żydłowicz, Marcyaniak, Fonferko i Biernacki. Upoważniono Komitet do kooptacji członków z poza Wydziału do współpracy. Wszelkie protokoły i komunikaty Okręgu, jak również artykuły zawodowe należy przesyłać na ręce Komitetu, który je wysyła do redakcji »Nowin Lekarskich«. Wydział Okręgu uchwalił tą drogą wezwać Kolegów z Okręgu małopolskiego, chętnych do pisania artykułów o treści zawodowej, będących na czasie, do przesyłania tychże do Komitetu redakcyjnego na ręce Dra Stahra w Krakowie, ul. A. Potockiego l. 7.

Co do taks sądowo-lekarskich uchwalono odpowiedzieć Drowi Kobielnikowi z Lutowisk, że ustawy normującej taksy sądowo-lekarskie w obecnej chwili jeszcze niema. Wydział Okręgu radzi, aby przy likwidacji pobierali lekarze wynagrodzenie według przedwojennej taksy austrjackiej z przeliczeniem na złote (1 korona = 1 złoty). W sprawie tej zresztą Wydział Okręgu w porozumieniu z Izbą lekarską wniesie podanie do odnośnych władz z tem, że w razie nieuregulowania jej w najbliższym czasie, wezwie lekarzy sądowych do wstrzymania się od czynności znawców-sądowych.

W sprawie wkładki rocznej do okręgu, w odpowiedzi na kilka listów — Wydział wyjaśnia, że wkładkę można opłacać też w ratach kwartalnych po 6 złotych za kwartał.

Uchwalono nowo opracowany cennik dla lekarzy kas chorych, płatnych ryczałtowo lub za każdą czynność z osobna, wydrukować w »Nowinach Lekarskich« wraz z pragmatyką służbową. Uchwalono zwrócić się do Izby lekarskiej z prośbą, by poza wezwanymi już przez nią lekarzami, Drem Murczyńskim i Drem Hackbeilem, zechciała wytoczyć postępowanie dyscyplinarne również Drowi Wojewskiemu za to, że wbrew zakazowi Okręgu objął posadę lekarza kontraktowego dla leczenia funkcjonarjuszy państwowych.

Protokół 265-go posiedzenia Wydziału z dnia 17 kwietnia 1924 r. Wiceprezes Okręgu zdaje sprawę z wyniku dochodzeń, przerowadzonych w Sanoku i Przemyślu, w sprawie niesnasek, jakie wybuchły w tamtejszych obwodach. Po wyczerpującem przedstawieniu sprawy uchwalił Wydział jednogłośnie wyrazić uznanie i podziękowanie na piśmie Prezydjum Obwodu sanockiego za jego męskie, energiczne i konsekwentne stanowisko, jakie zajął wobec tamtejszej Powiatowej Kasy chorych, jak również wobec opornych Kolegów, którzy mimo zobowiązania przyjęli ryczałtowo posady w tamtejszej Kasie, gdzie dotychczas, skutkiem stanowiska Obwodu, obowiązywał wolny wybór lekarza. Uchwalono wezwać tamtejszych lekarzy kaso-

wych, by w przeciągu 14 dni wypowiedzieli przyjęte posady, a gdy to nie nastąpi wykluczyć ich z Okręgu.

Co do Obwodu przemyskiego, to spór wybuchł na tle zatargu pomiędzy tamtejszymi lekarzami na tle wymiaru podatków. Wydział uchwalił zwrócić się do Kolegów Dra Szymańskiego i Schmeidlera w Przemyślu z prośbą o załagodzenie sprawy, względnie o ponowne zorganizowanie Obwodu. Uchwalono wezwać Kolegów Dra Świątnickiego i Hibla z Przemyśla, Dra Rychlińskiego z Krakowa i Dra Wiktora Robla z Sanoka do porzucenia posad lekarzy kontraktowych dla urzędników w przeciągu dni 30-tu pod rygorem wykluczenia ich z Okręgu.

P r o t o k ó ł 266-go posiedzenia Wydziału z dnia 3 maja 1924 r. Przewodniczący zdaje sprawę ze Zjazdu delegatów w Warszawie. Wszystkie niemal żądania i wnioski Obwodu małopolskiego spotkały się z przychylnem uznaniem, względnie zostały pomyślnie załatwione. Co do wysokości pogłównego do Macierzy postawiono Okręgowi wolną rękę. Dla członków innych Okręgów uchwalono zasadniczo pogłówne w wysokości 10 zł. na rok bieżący. Również wolną rękę pozostawiono Okręgowi co do zobowiązania, jakie ma podpisywać każdy wstępujący członek. Okrąg ma baczyć jedynie, by w sformułowaniu wspomnianego zobowiązania nie wszedł w zatarg ze statutem Związku. Co do lekarzy wojskowych, piastujących posady lekarzy kontraktowych, Zarząd Główny ma zwrócić się do Ministerstwa Spraw wojskowych z odpowiedniem przedstawieniem.

Uchwalono przesłać na ręce Dra Izydora Wildera i dra Tadeusza Baranowskiego w Drohobyczu upoważnienie do założenia Obwodu w Drohobyczu i pouczenie wraz z załącznikami.

Drowi Józefowi Sewerynowi z Kossowa, pytającemu się o taryfę sądowo-lekarską uchwalono odpowiedzieć jak w poprzednich wypadkach.

Uchwalono jeszcze raz wezwać dra Frenkla z Rymanowa Dra Puzdrowskiego z Zagórza do porzucenia przez nich posad lekarzy ryczałtowanych w Powiatowej Kasie Chorych w Sanoku do dni 30-tu, a to jedynie z tego powodu, że lekarze tej Kasy w Sanoku już wypowiedzieli posady.

Odmówiono drowi Rudolfowi Barabaszowi z Drohobycza przyjęcia na członka Okręgu, z którego dopiero co został wykluczony.

Uchwalono wezwać Dra Romana Puzona z Jarosławia do porzucenia posady lekarza kontraktowego dla funkcjonarjuszy państwowych w przeciągu dni 30-tu.

Za Wydział:

Dr. *Marcyaniak* w. r., sekretarz. Dr. *Piątkowski* w. r., wiceprezes.

Okrąg małopolski Związku Lekarzy P. P. w Krakowie.

Ostrzeżenie!

Wydział Okręgu Małopolskiego Zw. Lek. R. P. ostrzega Kolegów przed przyjmowaniem jakiejkolwiek posady w Pow. Kasie Chorych w Chrzanowie bez porozumienia się z Wydziałem.

Za Wydział:

Dr. Marcyaniak, sekretarz. *Dr. Piątkowski*, wiceprezes.

Zawiadomienie.

Wydział Okręgu małopolskiego Związku Lekarzy P. P. wysłał w dniu 10 maja 1924 do Prezydjum Sądu Apelacyjnego w Krakowie pismo następującej treści:

Od wielu lekarzy należących do Okręgu małopolskiego Związku Lekarzy P. P. otrzymujemy pisma, w których żalą się, że przyznawanie wynagrodzenia za czynności sądowo-lekarskie są nieraz tak niskie, że nietylko nie przynoszą dochodów, ale owszem odrywając znawców sądowych od wykonywania prywatnej praktyki lekarskiej, przynoszą im materjalną szkodę. Co więcej: rozmaite sądy przyznają dowolne kwoty za czynności sądowo-lekarskie, a nawet w jednym i tym samym sądzie pp. sędziowie nie trzymają się jednolitej taryfy.

Niedość na tem, lekarze niejednokrotnie żalą się, że kwoty za ich czynności nie są wypłacane w krótkim czasie, ale niekiedy miesiącami zalegają.

Postępowanie takie wywołuje rozgoryczenie, niechęć do wykonywania czynności znawcy sądowego, a co zatem idzie uchylanie się rozmaitemi sposobami od nich.

Prosimy zatem uprzejmie wysokie Prezydjum o łaskawe jak najrychlejsze porozumienie się w sprawie wprowadzenia jednolitej godziwej taryfy za czynności sądowo-lekarskie z Ministerjum Sprawiedliwości. Gdyby to w najbliższym czasie nie nastąpiło, będziemy zmuszeni polecić lekarzom sądowym w naszym okręgu zamieszkałym, wstrzymanie się od czynności sądowo-lekarskich.

Na pismo powyższe otrzymaliśmy od prezesa Sądu Apelacyjnego w Krakowie w dniu 24 maja 1914 r. L. Praes 13401/24 5 S. następującą odpowiedź:

Do Wydziału Okręgu małopolskiego Związku Lekarzy P. P. w Krakowie. Powołując się na pismo Wydziału Okręgu małopolskiego z 13 maja b. r. L. 144/24 zawiadamiam, że wydania nowej taryfy sądowo-lekarskiej regulującej w sposób odpowiedni honorarja lekarzy, należy się spodziewać w czasie najbliższym. Ministerstwo sprawiedliwości oznajmiło mi bowiem reskryptem z 19 maja b. r. L. II. 0.3363/24, że projekt nowej taryfy sądowo-lekarskiej został już przez Ministerstwo to wygotowany i w dniu 23 kwietnia b. r. przesłany do Ministerstwa skarbu i spraw wewnętrznych w celu uzgodnienia. Uzgodnienia tego, które jeszcze nie nastąpiło można się niewątpliwie spodziewać w czasie najbliższym. Powyższy projekt taryfy sądowo-lekarskiej ustanawia stawki za poszczególne czynności sądowo-lekarskie w złotych, przejmując pozatem prawie wszyskie dotychczas obowiązujące taryfy.

Ponieważ wynagrodzenie lekarzy sądowych za czynności sądowo-lekarskie już w czasie najbliższym — jak się tego należy spodziewać — zostanie nową taryfą odpowiednio unormowane, zwracam się do Wydziału Okręgu z prośbą, aby zawiadomiwszy lekarzy swego Okręgu o tem, że ogłoszenie nowej taryfy sądowo-lekarskiej w złotych, spodziewane jest już w najbliższym czasie zechciał ich skłonić, by tak ważne dla ładu i porządku prawnego agendy, jak czynności sądowo-lekarskie, nadal spełniali.

Nadmieniam, że z chwilą wejścia w życie nowej taryfy odpadną siłą faktu wszelkie zażalenia lekarzy na niejednolitość sposobu obliczania stawek taryfowych, wynikającą dotąd niewątpliwie tylko z nadzwyczaj skomplikowanego i utrudnionego, a wskutek tego rozliczne pomyłki w obliczeniach powodującego dotychczasowego systemu ustalania wynagrodzeń lekarzy za sądowo-lekarskie czynności.

Prezes Sądu Apelacyjnego *Wolter* (—).

Wydział Zdrowia Publicznego Województwa Łódzkiego donosi nam, co następuje:

Zarządzony wywiad u lekarzy powiatowych Województwa lódzkiego ustalił, że cały szereg miejscowości na obszarze Województwa łódzkiego mógłby zostać obsadzony przez lekarzy. Podając wykaz tych miejscowości oraz warunki, proszę o powiadomienie ogółu lekarzy, wśród których niewątpliwie znajdą się chętni do osiedlenia się w tych miejscowościach. O szczegóły należy zwracać się do odpowiednich lakarzy powiatowych, którym polecono udzielać wszelkich wyjaśnień zapytującym o nie.

W Starostwie brzezińskim (adres: Brzeziny, lekarz powiatowy, Dr. Stefan Lewy) lekarz znajdzie pracę w Strykowie, Lekarz, za którego nieskazitelną wartość zaręczyłby Związek Lekarzy Państwa Polskiego, mógłby uzyskać uposażenie od Wydziału Sejmiku powiatu brzezińskiego w wysokości IX lub VIII kategorji płac w zamian za pełnienie obowiązków lekarza sanitarnego rejonowego oraz prowadzenie ambulansu dla ludności 2 razy tygodniowo,

W Starostwie łaskiem (adres: Łask, lekarz powiatowy, Dr. Zygmunt Janowski) mogliby osiąść lekarze wolnopraktykujący w Widawie, miejscowości odległej od Łasku o 24 kilometry oraz w Lutomiersku, miejscowości odległej o 21 kilometr.

W Starostwie piotrkowskiem (adres: Piotrków, lekarz powiatowy, Dr. Ludomir Lipiński) mogliby osiąść lekarze 1) w osadzie Kamieńsk (4—5 tysięcy ludności) przy stacji kolejowej tej samej nazwy. Apteka na miejscu. W pobliżu fabryka mebli giętych. Ma powstać oddział Kasy Chorych. 2) W osadzie Gorzkowice (mieszkańców 3—4 tysięcy) przy stacji kolejowej. Apteka na miejscu, okolica bogata. Lekarz mieszkający w Kamieńsku mógłby dojeżdżać do Gorzkowic, odległych od Kamieńska o 6 kilometrów szosą lub 10 minut koleją. 3) W osadzie Rozprza (mieszkańców około 4 tysięcy) przy stacji kolejowej. Apteka na miejscu. 4) W osadzie Wolbórz (mieszkańców około 4 tysięcy). Od Piotrkowa szosą 14 kilometrów, od stacji kolejowej Baby — 8 kilometrów. Apteka na miejscu. Okolica bogata. 5) W osadzie Srocko (mieszkańców około 3 tysięcy), od Piotrkowa szosą 17 kilometrów i nową szosą 12 kilometrów, od stscji kolejowej Baby 4 kilometry. Apteka na miejscu, 6) W osadzie K l e s z c z ó w (3 tysiące ludności) od stacji kolejowej Kamieńsk 9 kilometrów. Lekarz mieszkał przed wojną. Apteka najbliższa w Kamieńsku.

W Starostwie radomskowskiem (adres: Radomsko, lekarz powiatowy Dr. Władysław Hertzberg) mogliby osiąść lekarze 1) w osadzie B r z e ź n i c a, mającej kilkaset mieszkańców. Od Radomska 19 kilometrów szosą; apteka. 2) W osadzie P a j ę c z n o, kilkaset mieszkańców.

W Starostwie słupeckiem (adres: Słupca, lekarz powiatowy Dr. Walenty Zurek) lekarz mógłby osiąść w K a z i m i e r z u B i s k u p i m, ludnej i zamożnej wsi, mającej aptekę, dwa kościoły, pocztę i Urząd gminny.

W Starostwie tureckiem (adres: Turek, lekarz powiatowy Dr. M. Wójcikowski) lekarz mógłby znaleść pracę w osadzie P ę c z n i e w, mającej 3000 mieszkańców, 10 kilometrów od Warty, 14 od Uniejowa, 16 od Dobrej, apteka, akuserka, felczer, kościół, szkoła powszechna na miejscu.

W Starostwie wieluńskiem (adres: Wieluń, lekarz powiatowy, Dr. Józef Kasiński), lekarz mógłby osiąść 1) w osadzie D z i a ł o s z y n, mającej około 7 tysięcy ludności, od Wielunia 26 kilometrów, od kolei 45 kilometrów. Na miejscu apteka, szkoła powszechna. Lekarz mieszkał przed wojną stale. Okolica biedna, na utrzymanie średnie lekarz liczyć może. 2) W osadzie O s j a k ó w, liczącej 2 tysiące mieszkańców, odległej od Wielunia o 18 kilometrów, mającej aptekę, szkołę powszechną, lekarz może liczyć na bardzo skromne utrzymanie, osada mała, okolica biedna, lekarza stałego przed wojną nie było.

We wszystkich tych miejscowościach największą trudność stanowi znalezienie mieszkania, łatwiej więc byłoby tam osiadać lekarzom samotnym. Dr. med. *Stanisław Skalski.*